



HAL
open science

Les honoraires des chirurgiens-dentistes : au confluent du droit et du soin

Amélie Riffault

► **To cite this version:**

Amélie Riffault. Les honoraires des chirurgiens-dentistes : au confluent du droit et du soin. Droit. Université de Lorraine, 2015. Français. NNT : 2015LORR0250 . tel-01754625

HAL Id: tel-01754625

<https://hal.univ-lorraine.fr/tel-01754625v1>

Submitted on 11 Dec 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE DE LORRAINE
FACULTE DE DROIT, SCIENCES ECONOMIQUES ET GESTION

THÈSE

en vue de l'obtention du grade de
DOCTEUR EN DROIT PRIVÉ
(Nouveau régime)

présentée et soutenue publiquement le 7 décembre 2015 par
Amélie RIFFAULT

Titre :

LES HONORAIRES DES CHIRURGIENS-DENTISTES
Au confluent du Droit et du Soin

Composition du Jury :

M. Bruno DEFFAINS,	Professeur en Sciences Economiques à l'Université de Paris 2.
Mme Sophie HOCQUET-BERG,	Professeur en Droit Privé à l'Université de Lorraine.
M. Patrick MISTRETTA,	Professeur en Droit Privé à l'Université de Lyon 3 (Rapporteur).
M. Guy NAUDIN,	Président du Conseil Régional de l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes de Lorraine, Conseiller national.
M. Bruno PY,	Professeur en Droit Privé à l'Université de Lorraine (Directeur de recherche).

« La Faculté n'entend donner ni approbation, ni improbation aux opinions émises dans les thèses. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

LE CORPS ENSEIGNANT
de la Faculté de Droit, Sciences Economiques & Gestion
Année Universitaire 2014-2015

DOYEN -----

M. Eric GERMAIN

DOYENS HONORAIRES -----

MM. GROSS, JAQUET, CRIQUI, CACHARD

PROFESSEURS ÉMÉRITES -----

M. JAQUET, Professeur de Droit Public
M. COUDERT, Professeur d'Histoire du Droit
Mme GAY, Professeur d'Histoire du Droit
M. GROSS Bernard, Professeur de Droit Privé
M. DUGAS DE LA BOISSONNY Christian, Professeur d'Histoire du Droit
M. GOSSEREZ Christian, Professeur de Droit Public
M. RAY Jean-Claude, Professeur de Sciences Économiques
M. GRY Yves, Professeur de Droit Public
M. SEUROT François, Professeur de Sciences Économiques

PROFESSEURS -----

M. SEUVIC Jean-François	Professeur de Droit Privé
M. MOUTON Jean-Denis	Professeur de Droit Public
M. JACQUOT François	Professeur de Droit Privé
M. CRIQUI Etienne	Professeur de Science Politique
M. PIERRÉ-CAPS Stéphane	Professeur de Droit Public
M. GARTNER Fabrice	Professeur de Droit Public
M. EBOUE Chicot	Professeur de Sciences Économiques
M. BISMANS Francis	Professeur de Sciences Économiques
M. ASTAING Antoine	Professeur d'Histoire du Droit
M. STASIAK Frédéric	Professeur de Droit Privé

M. CACHARD Olivier
M. LAMBERT Thierry
M. HENRY Xavier
M. TAFFOREAU Patrick
M. PETIT Yves
Mme PEGUERA POCH Marta
M. FARDET Christophe
M. GEA Frédéric
M. AZOMAHOU Théophile
M. JACQUEMET Nicolas
M. RENAUDIE Olivier
M. PY Bruno
M. ADAM Patrice
M. CHAUVIRÉ Philippe
M. FERREY Samuel
M. LAFAIX Jean-François
M. GUERAUD Luc
M. GABUTHY Yannick
Mme G'SELL Florence
Mr SOHNLE Jochen (en délégation)
Mme HARNAY Sophie

Professeur de Droit Privé
Professeur de Droit Privé
Professeur de Droit Privé
Professeur de Droit Privé
Professeur de Droit Public
Professeur d'Histoire du Droit
Professeur de Droit Public
Professeur de Droit Privé
Professeur de Sciences Économiques
Professeur de Sciences Économiques
Professeur de Droit Public
Professeur de Droit Privé
Professeur de Droit Privé
Professeur de Droit Privé
Professeur de Sciences Économiques
Professeur de Droit Public
Professeur d'Histoire du Droit
Professeur de Sciences Économiques
Professeur de Droit Privé
Professeur de Droit Public
Professeur de Sciences Économiques

MAÎTRES DE CONFÉRENCES -----

M. GERMAIN Eric
M. LUISIN Bernard
Mme MANSUY Francine
Mme TILLEMENT Geneviève
Mme GANZER Annette
M. OLIVIER Laurent
M. DIELLER Bernard
Économiques
M. GUIGOU Jean-Daniel (*détachement*)
Économiques
M. GASSER Jean-Michel
M. AIMAR Thierry
Économiques
Mme KUHN Nicole
Mme DAVID-BALESTRIERO Véronique
Mme ETIENNOT Pascale
Mme BARBIER Madeleine
Mme LOEWENGUTH-DEFFAINS Nathalie
Mme SIERPINSKI Batyah
M. MOINE André

Maître de Conférences de Droit Public
Maître de Conférences de Droit Public
Maître de Conférences de Droit Privé
Maître de Conférences de Droit Privé
Maître de Conférences de Droit Privé
Maître de Conférences de Science Politique
Maître de Conférences de Sciences

Maître de Conférences de Sciences

Maître de Conférences de Droit Privé
Maître de Conférences de Sciences

Maître de Conférences de Droit Public
Maître de Conférences de Droit Privé
Maître de Conférences de Droit Privé
Maître de Conférences d'Histoire du Droit
Maître de Conférences de Droit Public
Maître de Conférences de Droit Public
Maître de Conférences de Droit Public

Mme LE GUELLAFF Florence	Maître de Conférences d'Histoire du Droit
M. EVRARD Sébastien	Maître de Conférences d'Histoire du Droit
M. FENOGLIO Philippe	Maître de Conférences de Sciences
Économiques	
Mme BOURREAU DUBOIS Cécile	Maître de Conférences de Sciences
Économiques	
M. KLOTGEN Paul	Maître de Conférences de Droit Privé
Mme DERDAELE Elodie	Maître de Conférences de Droit Public
M. DAMAS Nicolas	Maître de Conférences de Droit Privé
M. GICQUEL Jean-François	Maître de Conférences d'Histoire du Droit
Mme LELIEVRE Valérie	Maître de Conférences de Sciences Économiques
M. PREVOT Jean-Luc	Maître de Conférences de Sciences Économiques
Mme CHAUPAIN-GUILLOT Sabine	Maître de Conférences de Sciences Économiques
Mme PIERRE Nathalie	Maître de Conférences de Droit Privé
M. PIERRARD Didier	Maître de Conférences de Droit Public
Mme HOUIN-BRESSAND Caroline	Maître de Conférences de Droit Privé
Mme BLAIRON Katia	Maître de Conférences de Droit Public
M. MULLER François	Maître de Conférences de Droit Public
Mme ABALLEA Armelle	Maître de Conférences de Droit Public
M. THIERRY Jean-Baptiste	Maître de Conférences de Droit Privé
Mme DUBUY Mélanie	Maître de Conférences de Droit Public
Mme NAU Liliane	Maître de Conférences de Droit Privé
Mme BOUGHANMI Afef	Maître de Conférences de Sciences Économiques
Mme HELSTROFFER Jenny	Maître de Conférences de Sciences Économiques
Mme MICHEL-CLUPOT Muriel	Maître de Conférences de Gestion
M. RESTOUT Romain	Maître de Conférences de Sciences
Économiques	
M. LOVAT Bruno	Maître de Conférences de Sciences
Économiques	
M. DURAND Frédéric	Maître de Conférences en Droit Privé
M. DAMETTE Olivier (<i>délégation</i>)	Maître de Conférences de Sciences Économiques
M. PELLIER Jean-Denis	Maître de Conférences de Droit Privé
Mme BACHELOT Carole	Maître de Conférences de Science Politique
Mme BRACH Delphine	Maître de Conférences de Droit Privé
Mme FREYD Clothilde	Maître de Conférences de Droit Privé
Mme GICQUIAUD Emilie	Maître de Conférences de Droit Privé
Mme DURAND-VIGNERON Pascale	Maître de Conférences de Sciences Économiques

MAÎTRES DE CONFÉRENCES en langue anglaise -----

M. ECKERSLEY David

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIES -----

M. FERRY Frédéric

Maître de Conférences associé de Droit Privé

M. GREGOIRE Christian

Maître de Conférences associé de Sciences

Économiques

M. PICQUENOT Laurent

M. MELLONI Mattia

M. COLLARD Fabrice

M. NOEL Sébastien

Maître de Conférences associé de Droit Public

Maître de Conférences associé de Droit Privé

Maître de Conférences associé de Droit Privé

Maître de Conférences associé de Droit Privé

ASSISTANTS – PRAG -----

Mme DIEHL Christel

Mme PERRET Amandine

Mr BIR Claude

PRAG d'Anglais

PRAG de Mathématiques

PRAG d'Économie et Gestion

Remerciements

Remerciements

Il me tient à cœur de remercier ceux qui ont rendu possible la rédaction de cette thèse.

Je pense en particulier à Monsieur le Professeur Bruno Py, directeur de thèse, sans qui rien n'aurait été possible.

Votre soutien depuis le début de ce parcours juridique, la passion du droit transmise dès les premiers cours du Diplôme inter universitaire, m'ont amenée jusqu'à cette thèse. Je tiens à vous remercier pour cette liberté laissée dans la rédaction de ce projet ainsi que pour vos orientations et encouragements tout au long de ce travail.

Je remercie l'ensemble des doctorants du laboratoire pour leurs conseils et leur accueil chaleureux.

Je pense également aux responsables universitaires de la faculté d'odontologie de Nancy qui m'ont aidée par leurs remarques, leur soutien technique et moral et l'attention qu'ils ont porté à mon travail ; aux étudiants qui par leurs remarques ont fait avancer cette réflexion.

Je remercie les Docteurs Perreau et Pasdzierny ainsi que les membres du Conseil de l'Ordre de Lorraine et du Conseil de l'Ordre national des Chirurgiens-Dentistes pour leur accueil et les échanges constructifs que nous avons pu avoir.

Enfin une pensée à Prudence Nazeyrollas pour son écoute et son éclairage sur la notion d'argent et à Thibaut pour son aide mais surtout pour notre amitié depuis si longtemps.

Une dernière pensée pour se rappeler que l'Argent n'est « que la fausse monnaie du bonheur »... A Simon et Léo, pour le soutien apporté, le temps laissé et l'Amour reçu chaque jour.

Principales Abréviations

LISTE DES PRINCIPALES ABREVIATIONS

ACS : Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé

AJDA : Actualité juridique de Droit administratif

Al. : Alinéa

ALD : Affection longue durée

AMC : Assurance-maladie complémentaire

AME : Aide Médicale d'Etat

AMO : Assurance-maladie obligatoire

ARS : Agence régionale de santé

Art. : Article(s)

BR : Base de remboursement

CA : Cour d'appel

CARDSF : Caisse Autonome de Retraite des Chirurgiens-Dentistes et des Sages-Femmes

Cass. : Cour de Cassation

Cass. Civ. : Cour de cassation, Chambre civile

Cass. Crim. : Cour de cassation, Chambre criminelle

CE : Conseil d'Etat

CCAM : Classification commune des actes médicaux

CMU : Couverture maladie universelle

CMU-C : Couverture maladie universelle complémentaire

CNSD : Confédération nationale des syndicats dentaires

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

C. Civ. : Code Civil

C. Pén. : Code pénal

CSP : Code de la santé publique

CSS : Code de la sécurité sociale

CSG : Contribution sociale généralisée

Dir. : Direction (sous là)

DP : Dépassement permanent

DMP : Dossier médical personnel

DPC : Développement professionnel continu

DREES : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales

Principales Abréviations

Ed. : Editions ou Editeur

Gaz. Pal. : Gazette du Palais

HAS : Haute Autorité de la santé

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IRDES : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé

JORF : Journal officiel de la République Française

LFSS : Loi de financement de la sécurité sociale

LGDJ : Librairie générale de droit et de jurisprudence

Loi HPST : Loi Hôpital Patient Santé Territoire

MFP : Mutuelle de la fonction publique

MGEN : Mutuelle générale de l'éducation nationale

NGAP : Nomenclature générale des actes médicaux

Obs. : Observations

OCAM : Organismes complémentaires d'assurance maladie

ONCD : Ordre national des chirurgiens-dentistes

ONDAM : Objectif National des dépenses de l'assurance maladie

ODF : Orthodontie dento faciale

OMS : Organisation mondiale de la santé

RAC : Reste à charge

RDSS : Revue de droit sanitaire et social

Rec. : Recueil

RO : Régime obligatoire

RTDC : Revue trimestrielle de droit civil

s. : Suivant

TA : Tribunal administratif

TGI : Tribunal de grande instance

SNIR : Système national inter régime

TC : Tarif de convention

Tilfi : Trésor de la langue française informatisé

TM : Ticket Modérateur

UNOCAM : Union nationale des organismes d'assurance maladie

Principales Abréviations

UNCAM : Union des caisses d'assurance maladie

URSAFF : Union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations

Vol. : Volume

Sommaire

Introduction Générale.....	23
I. Données générales sur la profession	25
<i>Chapitre 1 Evolution d'une discipline médicale maintenant reconnue.....</i>	<i>25</i>
Section 1 Une filiation découlant du corps médical	25
Section 2 Une place encore trop souvent en marge	26
Section 3 Les particularismes économiques des soins dentaires.....	28
<i>Chapitre 2 L'état actuel et les perspectives de la profession</i>	<i>29</i>
Section 1 Une démographie inégale.....	30
Section 2 Des revenus très hétérogènes	33
Section 3 Une profession majoritairement libérale	35
Section 4 L'environnement administratif complexe.....	40
Section 5 La dentisterie modernisée	42
II. Généralités sur la rémunération des professionnels de santé.....	43
<i>Chapitre 1 Les honoraires, une appellation spécifique pour une prestation spécifique.....</i>	<i>43</i>
<i>Chapitre 2 Le modèle de référence: la rémunération des médecins</i>	<i>44</i>
Section 1 Le principe d'une rémunération.....	44
Section 2 Le paiement direct des honoraires.....	46
<i>Chapitre 3 L'abord de la rémunération.....</i>	<i>48</i>
Section 1 La perception réciproque du niveau de rémunération.....	49
Section 2 La fonction symbolique de l'argent.....	50
Section 3 Le paiement dans la relation de soin.....	56
III. Une profession desservie par sa réputation.....	63
<i>Chapitre 1 L'image du dentiste</i>	<i>64</i>
Section 1 Une désagréable relation de soin.....	64
Section 2 Une délicate relation d'argent.....	67
Section 3 Les critères de choix d'un dentiste : Revue de littérature	69
<i>Chapitre 2 La profession tente de travailler son image.....</i>	<i>73</i>
PARTIE PREMIERE LA DETERMINATION DU CADRE JURIDIQUE.....	77
Titre Premier Le Cadre Textuel	80
<i>Chapitre 1 Les nomenclatures</i>	<i>80</i>
Section 1 L'intérêt de la mise en place d'une nouvelle nomenclature.....	80
Section 2 Les conventions d'exercice.....	84
Section 2 La qualification des actes en fonction de leur remboursement	88
<i>Chapitre 2 La liberté tarifaire.....</i>	<i>93</i>
Section 1 La justification	93
Section 2 La perception des dépassements d'honoraires.....	107
<i>Chapitre 3 La fixation du montant.....</i>	<i>110</i>
Section 1 L'évaluation de la valeur d'une prestation.....	110

Sommaire

Section 2 Le Tact et la Mesure.....	115
Titre Deuxième Le consentement du patient	137
<i>Chapitre 1 Le devis.....</i>	<i>137</i>
Section 1 Les fonctions du devis	138
Section 2 Le contenu du devis.....	150
<i>Chapitre 2 L’affichage des honoraires moyens.....</i>	<i>162</i>
Section 1 L’affichage au sein du cabinet.....	162
Section 2 L’information par l’Assurance Maladie	164
<i>Chapitre 3 L’insatisfaction du patient et la remise en cause du règlement.</i>	<i>167</i>
Section 1 La rupture du contrat de soin en cours de traitement.....	167
Section 2 Le refus de régler une prestation insatisfaisante.....	169
Titre Troisième Les organismes financeurs	172
<i>Chapitre 1 L’assurance maladie obligatoire.....</i>	<i>173</i>
Section 1 L’affiliation à l’assurance maladie	173
Section 2 Un système déficitaire en péril	181
Section 3 Le contrôle médical	184
<i>Chapitre 2 La CMU.....</i>	<i>201</i>
Section 1 Le principe.....	201
Section 2 Les limites.....	202
Section 3 La discrimination des bénéficiaires	206
Section 4 L’amélioration du dispositif.....	213
<i>Chapitre 3. L’assurance maladie complémentaire.....</i>	<i>214</i>
Section 1 Les caractéristiques de l’AMC.....	215
Section 2 Apport des organismes complémentaire dans l’accès aux soins.....	227
SECONDE PARTIE L’ADAPTATION AU NOUVEAU CADRE JURIDIQUE.....	235
Titre Premier L’adaptation du cabinet	237
<i>Chapitre 1 La gestion traditionnelle.....</i>	<i>242</i>
Section 1 L’optimisation raisonnable de la rentabilité	242
Section 2 Des investissements coûteux.....	255
Section 3 La difficile valorisation de la qualité de ses soins	268
<i>Chapitre 2 La tentation de la rentabilité à outrance.....</i>	<i>277</i>
Section 1 Modifier sa pratique et sa patientèle.....	277
Section 2 Augmenter frauduleusement les recettes	284
Section 3 Augmenter ses charges pour en diminuer le bénéfice	289
<i>Chapitre 3 Influence de la concurrence sur le niveau des honoraires.....</i>	<i>299</i>
Section 1 L’offre et la demande.....	299
Section 2 La concurrence des prothésistes.....	309
Titre Deuxième L’adaptation des financeurs.....	314
<i>Chapitre 1 Le désengagement de l’assurance maladie obligatoire.....</i>	<i>314</i>
Section 1 La faible participation aux remboursements des soins.....	314
Section 2 La procédure de tiers payant, vers une généralisation de son usage	317
Section 3 L’encadrement des dépassements : une réforme poussive	323
<i>Chapitre 2 La fin du rôle de payeur aveugle des AMC.....</i>	<i>328</i>

Sommaire

Section 1 Le nouveau rôle de conseiller payeur.....	330
Section 2 Le réseau de santé, pierre angulaire du système	335
Titre Troisième L'adaptation de la patientèle.....	352
<i>Chapitre 1 Du renoncement aux soins à la négociation des honoraires.....</i>	<i>355</i>
Section 1 S'adapter aux moyens financiers ?	355
Section 2 Renoncer ou négocier ?	358
<i>Chapitre 2 Le règlement des soins</i>	<i>374</i>
Section 1 L'acompte.....	374
Section 2 Le règlement en espèce.....	376
Section 3 Le chèque	377
Section 4 Le règlement échelonné.....	383
<i>Chapitre 3 Une nouvelle offre de soin.....</i>	<i>389</i>
Section 1 Le rôle d'internet	389
Section 2 Les centres de soins.....	391
Section 3 Le tourisme dentaire.....	407
Conclusion générale.....	427
Synthèse des Principales Recommandations	437
Table des Illustrations	441
Glossaire.....	443
Bibliographie.....	447
Index Alphabétique.....	479
Annexes	481
Table des matières	489

*Ce matin-là
En me levant
J'avais bien mal aux dents
Oh, là là là
J'sors de chez moi
Et j'fonce en pleurant
Chez un nommé Durand
Mm... Mm...
Qu'est dentiste de son état
Et qui pourra m'arranger ça...
Le blouse du dentiste, Boris Vian.*

Les premières recettes pour soigner les douleurs dentaires remonteraient à la préhistoire.

Les « *bridges* » phéniciens ou étrusques, tel celui de Satricum, sont les premières traces de remplacement de dents absentes¹.

Quelques papyrus datant de l'Égypte pharaonique abordent la pathologie et la thérapeutique dentaire.²

L'anatomie se perfectionne grâce à Pline l'Ancien qui initie la prise en charge de la douleur par les plantes dans les 37 volumes de son « Histoire Naturelle ».

La thérapeutique dentaire entrait dans le cadre de l'activité du médecin, plus en théorie qu'en pratique.

Au Moyen Âge, une activité foraine privilégiant le côté spectaculaire se développe. Sainte Apolline devient l'intermédiaire des patients ayant des douleurs dentaires³. Martyre brûlée à qui les dents ont été arrachées et la mâchoire brisée, les souffrants lui adressaient leurs prières : « *Comme Jésus disait à Sainte Apolline : pour ton mal de dents, par ma grâce, si c'est une goutte de sang, elle cherra, si c'est un ver, il mourra* ».

¹ H. SCHNEIDER, « La prothèse dentaire dans l'Antiquité », Université René Descartes, Paris V, Faculté de chirurgie dentaire, 1998, p. 58.

² T. BARDINET, « Dents et mâchoires dans les représentations religieuses et la pratique médicale de l'ancienne Egypte », Rome, Ed. Pontificaux Institut Biblico, 1990, 292 p. ; « *La prothèse dentaire au temps des pharaons mythe ou réalité ?* », Inf. Dent.-29 : 2553-55, 1990.

³ A. TRIOLAIRE, « *Sainte Apolline, l'histoire devenue légende* », Actes. Société française d'histoire de l'art dentaire, 2008, p. 13.

La Renaissance amène une production littéraire importante sur le sujet dentaire mais les dentistes ne font toujours pas partie de la médecine.

C'était une activité marginale, mal considérée, exercée par des colporteurs, des montreurs de foire.

L'émergence d'un réel métier ne trouve ses prémices qu'à compter de 1666 avec les textes royaux qui établissent le dentiste dans un cadre législatif sous l'autorité du Chirurgien du Roi⁴.

Malgré tout, les thérapeutiques restent très peu abouties.

Fauchard conseille dans son traité les vertus anti odontalgiques de l'urine: « *J'ai beaucoup soulagé de personnes que des douleurs tourmentaient. Le remède consiste à se rincer la bouche tous les matins et même le soir avec quelques cuillerées de son urine toute nouvellement rendue. Elle est composée d'une liqueur séreuse contenant beaucoup de sel volatil qui peut dissiper les engorgements qui se forment aux gencives* ».

Au XVIII^{ème} siècle, une ébauche de formation essentiellement pratique se met en place sous la direction de maîtres chirurgiens, essentiellement pratique.

A partir de 1743, il faut connaître le latin et le niveau des programmes est relevé.

Citons un extrait des lettres patentes du 23 avril 1743 : « *Aucun de ceux qui se destinent à la profession de la chirurgie (au sens large du terme) ne pourra l'exercer s'il n'a obtenu le grade de Maître ès Art* » ... « *Les Maîtres (ou associés au corps des Maîtres, donc les Experts) jouiront des prérogatives, honneurs et chartes attribués aux arts libéraux* ».

En 1728, Fauchard publie « Le Chirurgien-Dentiste ou Traité des dents »⁵, véritable

⁴ X. RIAUX, « Louis XIV (1638-1715) ou les tribulations dentaires du Roi Soleil », Texte disponible en ligne, [<http://www.histoire-medecine.fr/articles-histoire-de-la-medecine-louis-XIV.php>].

⁵ P. FAUCHARD, « Le Chirurgien-Dentiste ou Traité des Dents », Paris, Jean Mariette, 1728.

Lire à ce sujet : J. PHILIPPE, « *Le Chirurgien-Dentiste ou Traité des Dents De Pierre Fauchard. Une comparaison des trois éditions* » Actes, Société française d'histoire de l'art dentaire, 2011, 16

point de départ pour la reconnaissance d'une spécialité à part entière.

Malgré tout le charlatanisme est très présent dans la profession.

La loi de 1892 qui devait clarifier la formation dentaire a finalement compliqué les choses⁶.

Les différentes catégories de dentistes installés à Paris par exemple se répartissaient ainsi⁷ :

1) 14 docteurs en médecine, stomatologistes qualifiés et groupés au sein d'une société. Ils se destinaient à une clientèle aisée.

2) 40 officiers de santé. Parmi eux, six pratiquaient l'art dentaire.

3) 24 chirurgiens-dentistes diplômés. Ces praticiens portaient pour certains le titre de professeurs et ont formé l'Association générale des dentistes de France.

4) 186 praticiens portaient des titres variés : quelques docteurs en médecine pratiquant à titre particulier la profession, des praticiens patentés tolérés au terme de la loi de 1892

5) Les « odontiatres ». Un nombre égal de dentistes américains et anglais possédant des diplômes divers, docteurs en médecine et en chirurgie dentaire d'une école américaine, obtenu avec de l'argent.

Le reste pratiquait grâce au titre nouveau de chirurgien-dentiste nécessitant trois ans de formation ou la validation d'une équivalence, un examen de principe.

La situation était donc très hétérogène.

En 1909, un décret fixe la durée des études à cinq ans.

Le décret du 22 septembre 1965 crée les écoles nationales de chirurgie dentaire (ENCD) et les centres de soins d'enseignement et de recherche dentaires (CSERD) où est dispensé l'enseignement clinique.

La profession dispose donc maintenant d'une formation très encadrée et sa relative mauvaise presse ne vient plus du charlatanisme avéré... mais de son

⁶ B. HCERNI, « La Loi du 30 novembre 1892 », Histoire des sciences médicales, Tome XXXII, n° 1, 1998, p. 63-66.

⁷ F. VIDAL, « *Regards sur l'histoire de l'art dentaire, de l'époque romaine à nos jours* », Texte disponible en ligne, [http://www.academiedentaire.fr/attachments/0000/0095/CH_VIDAL.pdf]

rapport à l'argent.

Les honoraires des chirurgiens-dentistes sont plus que jamais d'actualité. Souvent critiqués, rarement expliqués, ils méritent une analyse approfondie compte tenu des changements ressentis par la profession dans la pratique quotidienne et des récentes évolutions législatives les concernant.

Au sens de l'article L 4141-1 du Code de la santé publique, « *la pratique de l'art dentaire comporte la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies congénitales ou acquises, réelles ou supposées, de la bouche, des dents, des maxillaires et des tissus attenants, dans le respect des modalités fixées par le code de déontologie de la profession mentionné à l'article L. 4127-1* ».

Au cours de nos développements, par cabinet d'omnipraticque nous entendrons les praticiens réalisant tous types de soins, dont l'exercice n'est pas exclusif d'une des orientations professionnelles possibles (parodontie, implantologie et chirurgie buccale, occlusodontie, prothèse, endodontie).

Nous écarterons également la pratique en milieu hospitalier.

INTRODUCTION GENERALE

Introduction Générale

I. Données générales sur la profession

Il convient en préambule de rappeler les caractéristiques de l'offre de soin dentaire afin d'aborder ensuite la relation des praticiens avec leurs patients.

Chapitre 1 Evolution d'une discipline médicale maintenant reconnue

L'historique de la profession montre qu'elle a toujours été étroitement liée à la médecine, sans pour autant se confondre avec elle, une position que l'on constate encore à ce jour.

Section 1 Une filiation découlant du corps médical

1.- Avant 1935, la profession dentaire est régie par des textes qui ne lui garantissent que peu de droits.

De nombreux organismes syndicaux se sont alors créés, défendant des intérêts particuliers.

C'est à partir de cette date que les principales organisations syndicales parviennent à s'organiser en créant la confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD).

Le décret du 12 décembre 1965 a créé les Ecoles Nationales de Chirurgie-Dentaire (ENCD) qui offre ainsi un enseignement public financé⁸.

Cette voie n'a connu que peu de remaniements avant 1994, date à laquelle les études dentaires passent en 3 cycles d'enseignements sur 6 ans dont le 3^{ème} cycle long est l'internat en odontologie portant à 8 ans la durée de la formation.

Cet internat a été modifié dans sa formule par le décret n° 2011-22 du 5 janvier 2011.

Après validation de la formation théorique et pratique, l'interne obtient un diplôme d'études spécialisées (DES).

Un arrêté du 31 mars 2011 fixant la liste des formations qualifiantes et la

⁸ Décret n°65-801 du 22 septembre 1965 relatif à la création des écoles nationales de chirurgie dentaire et des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires.

Introduction Générale

réglementation des diplômes d'études spécialisées en odontologie a complété le dispositif de 2011 qui avait acté l'internat qualifiant⁹.

2.- Sur le plan européen, les professions de la santé ont tout d'abord été parmi les premières concernées par les directives sectorielles de reconnaissance mutuelle des diplômes.

La directive générale n°89/48/CEE du Conseil du 21 décembre 1988, relative à un système général de reconnaissance des diplômes d'enseignement supérieur, sanctionne des formations professionnelles d'une durée minimale de trois ans.

Section 2 Une place encore trop souvent en marge

3.- Les pathologies bucco-dentaires ont une occurrence très élevée mais n'ont que très rarement des impacts vitaux.

Ce sont surtout les liens entre pathologies cardiovasculaires et infections bucco dentaires qui ont montré l'impact que pouvaient avoir des infections dentaires.

Cela explique peut-être leur prise en compte limitée et relativement récente.

La profession de chirurgien-dentiste est une profession médicale et non paramédicale, dotée d'un titre de docteur.

Cependant, malgré un concours commun, elle dispose d'une place un peu à part dans la santé et n'entretient que des relations lointaines avec le corps médical.

4.- Signe de cet écart parmi tant d'autre, le parcours de soins coordonné crée en 2004¹⁰.

⁹ Décret n° 2011-22 relatif à l'organisation du troisième cycle long des études odontologiques, 5 Janv. 2011, Arrêté fixant la liste des formations qualifiantes et la réglementation des diplômes d'études spécialisées en odontologie, 31 Mars 2011.

JORF n°0092 du 19 avril 2011, page 6854, texte n° 35.

Spécialités reconnues : ODF, Médecine Bucco-dentaire, Chirurgie orale.

¹⁰ Il consiste à confier à un médecin traitant les différentes interventions des professionnels de santé pour un même assuré afin de rationaliser les soins. La prise en charge normale des dépenses de santé est soumise au respect de ce parcours. A défaut, les patients s'exposent à des majorations financières. Il a été mis en place par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

CSS: Art. L.162-5-3 et L.162-26, R.322-1-1, D.162-1-6, D.162-1-7 et D.162-1-8.

Introduction Générale

Le chirurgien-dentiste ne peut adresser son patient à un spécialiste (ORL, dermatologue notamment) sans imposer à son patient la franchise liée au non respect du parcours de soin.

Afin de lever ce barrage la profession doit donc renoncer et passer par le médecin traitant du patient, ce qui constitue une perte de temps, une perte financière pour les finances publiques et une aberration médicale.

5.- Une analyse similaire peut se faire au sujet de la mise en place du dossier médical personnalisé dont l'accès aux dentistes a été largement discuté.

6.- Ce clivage entre la dentisterie et la médecine tend cependant à s'amenuiser.

Un signe de ce rapprochement : l'internat devient commun avec médecine pour la spécialité chirurgie buccodentaire¹¹.

Des chirurgiens-dentistes experts ont été nommés au sein du Ministère de la Santé ou de la Haute Autorité de Santé très récemment.

La loi hospitalière de juillet 1991 a intégré à part entière l'odontologie dans les activités des établissements publics de santé¹².

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique comporte un objectif précis : réduire de 30% en 5 ans l'indice carieux des enfants de 6 et 12 ans.

Le premier plan national d'action pour la santé bucco-dentaire fait suite en date de novembre 2005¹³.

Mis en œuvre en 2007, il prévoit un examen bucco-dentaire de prévention systématique pour les enfants à 6 ans, 9 ans, 12 ans, 15 ans et 18 ans.

Des mesures expérimentales concernent par ailleurs les personnes âgées ou handicapées, les enfants de moyenne section des écoles maternelles, les femmes

¹¹ Décret n°2011-22 relatif à l'organisation du troisième cycle long des études odontologiques, 5 janvier 2011.

¹² Loi n° 91-748, 31 juillet 1991.

¹³ Ministère de la santé « Le plan de prévention bucco-dentaire », 21 juin 2012, [<http://www.sante.gouv.fr/le-plan-de-prevention-bucco-dentaire.html>].

Introduction Générale

enceintes.

Le dernier volet concerne la prévention et le dépistage des cancers buccaux.

7.- Devant le peu de considération qu'apportaient les pouvoirs publics à l'odontologie, la profession s'est organisée et repliée sur elle-même.

La syndicalisation est la plus forte des professions médicales (15 000 praticiens enregistrés à la CNSD, contre 5000 adhérents pour le plus gros syndicat de médecins en 2014)¹⁴.

Section 3 Les particularismes économiques des soins dentaires

8.- L'offre de soins est quasi exclusivement libérale, ce qui fait une des particularités de l'exercice dentaire. 90% des praticiens sont libéraux au 1^{er} janvier 2014¹⁵.

La prise en charge en milieu hospitalier concerne surtout les patients médicalement à risque ou les plus démunis.

9.- Les dépenses de soins dentaires représentent 5,7 % de la consommation de soins et biens médicaux mais seulement 2,5 % des remboursements de la sécurité sociale¹⁶.

Pour 2014, la progression des dépenses de soins dentaires est supérieure à 2013 (1,1 % contre 0,3 %) mais toujours inférieure à la moyenne historique¹⁷.

¹⁴ ONPDS : « Rapport, Le métier de chirurgien-dentiste: caractéristiques actuelles et évolution », Sept 2007, p. 13.

¹⁵ Au 1^{er} janvier 2015, la DREES décrit 34866 libéraux sur 41495 praticiens dans la France entière.

Tableau 1, Effectifs des chirurgiens-dentistes par mode d'exercice, zone d'activité, sexe et tranche d'âge, Source : ASIP-Santé RPPS, traitements Drees - données au 1er janvier 2015.

[<http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/summary.aspx?ReportId=975>], page consultée le 11 Août 2015.

¹⁶ Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2010, chapitre XIII: les soins dentaires, La Documentation française, Sept. 2010, p.310.

¹⁷ Les Comptes de la Sécurité Sociale 2015, Résultats 2014 Prévisions 2015, 10 Juin 2015.

Introduction Générale

10.- Les soins dits de base sont totalement remboursés par la Sécurité Sociale. Malgré tout, le taux de couverture des dépenses dentaires relatif à l'ensemble des actes par l'assurance maladie est faible.

La Commission des comptes de la Sécurité sociale (CCSS) le confirme dans son rapport sur les résultats 2009¹⁸.

11.- Le rapport précise que les dépenses totales de soins dentaires dans leur ensemble ont atteint 9,7 milliards d'euros en 2008.

Les dépenses dentaires sont financées pour un peu plus d'un tiers par l'Assurance maladie obligatoire, l'État et les organismes de base finançant la couverture maladie universelle (37,1%), pratiquement autant par les assurances complémentaires (37,2%), 25,7% restant à la charge des ménages¹⁹.

Tableau 1: Structure de la dépense totale en soins dentaires, 2006 (Sources CNAMTS, DREES, calculs HCAAM).

Consultations	246 767	3%
Soins conservateurs	2 187 835	24%
Prothèses	5 609 486	62%
Orthodontie	478 215	5%
Actes en Z : Radio	251 697	3%
Total	9 080 00	100%

Chapitre 2 L'état actuel et les perspectives de la profession

Les déserts médicaux concernent également la dentisterie. Plus de la moitié des praticiens a plus de 50 ans²⁰, la profession se féminise. L'offre de soin se modifie donc.

¹⁸ CCSS, Rapport 2009, consultable en ligne [<http://www.securite-sociale.fr/Rapports-2009>]

¹⁹ *Idem.*

²⁰ CNSD, Les chirurgiens-dentistes en chiffres, 22 Juill. 2015, [<http://www.cnsd.fr/actualite/news/618-les-chirurgiens-dentistes-en-chiffres>]

Introduction Générale

Section 1 Une démographie inégale

12.- Le nombre de praticien en activité diminue de façon régulière et la densité reste très inégale sur le territoire.

Tableau 2: Evolution du nombre et de la densité des chirurgiens-dentistes entre 1990 et 2006²¹.

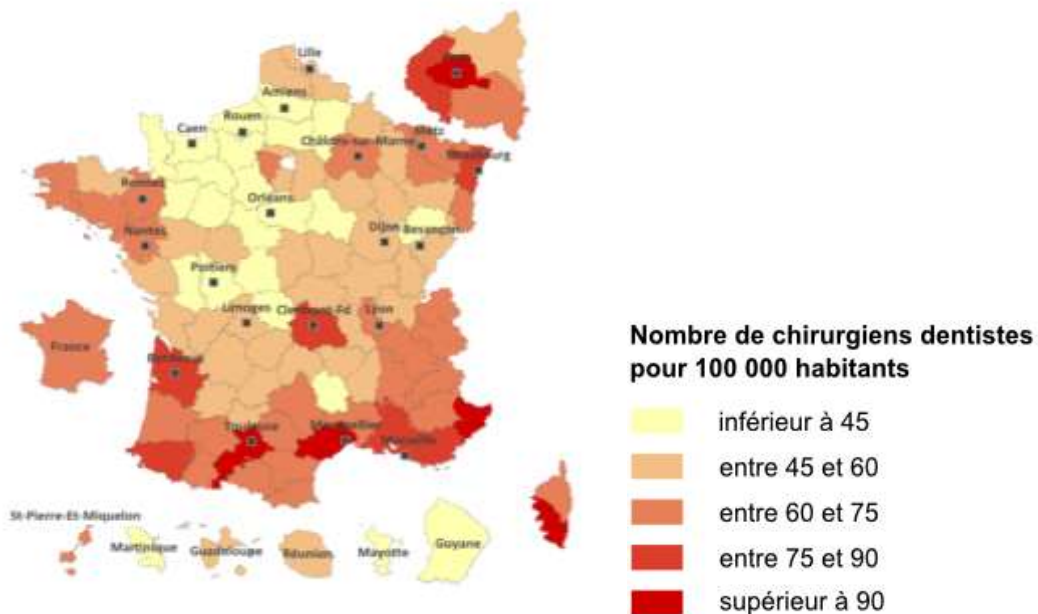


La carte suivante montre le maillage de professionnels sur le territoire.

²¹ M. COLLET, D. SICART, « *Les chirurgiens-dentistes en France- situation démographique et analyse des comportements en 2006* », DREES, Etudes et résultats n°594, septembre 2007.

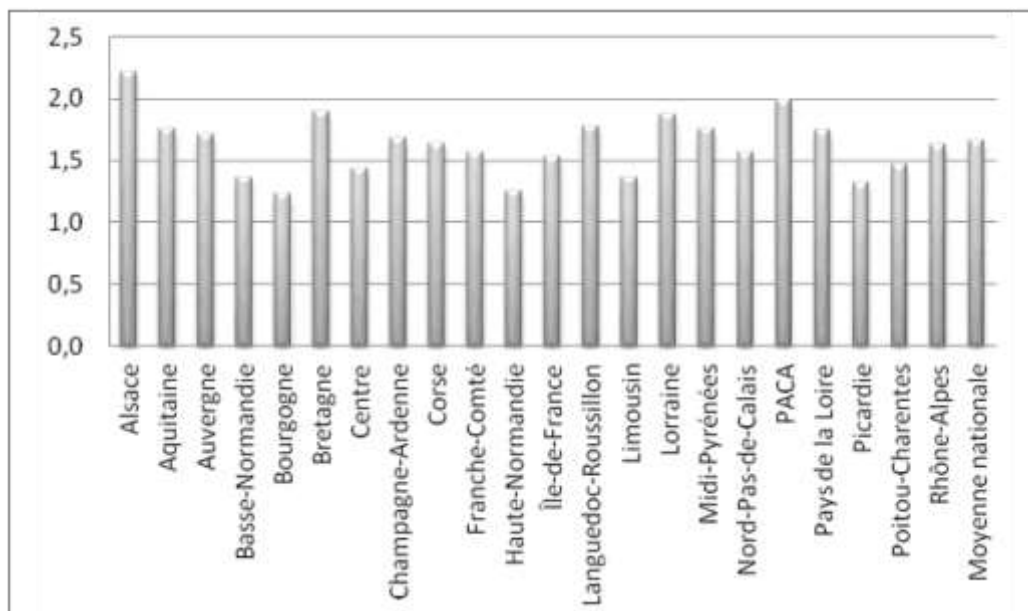
Introduction Générale

Cartographie 1: Nombre de chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants 1er janvier 2015²²



La densité est relativement liée à la consommation de soin.

Tableau 3: Nombre d'actes remboursés par an et par habitant (Source: ONDPS, 2013)

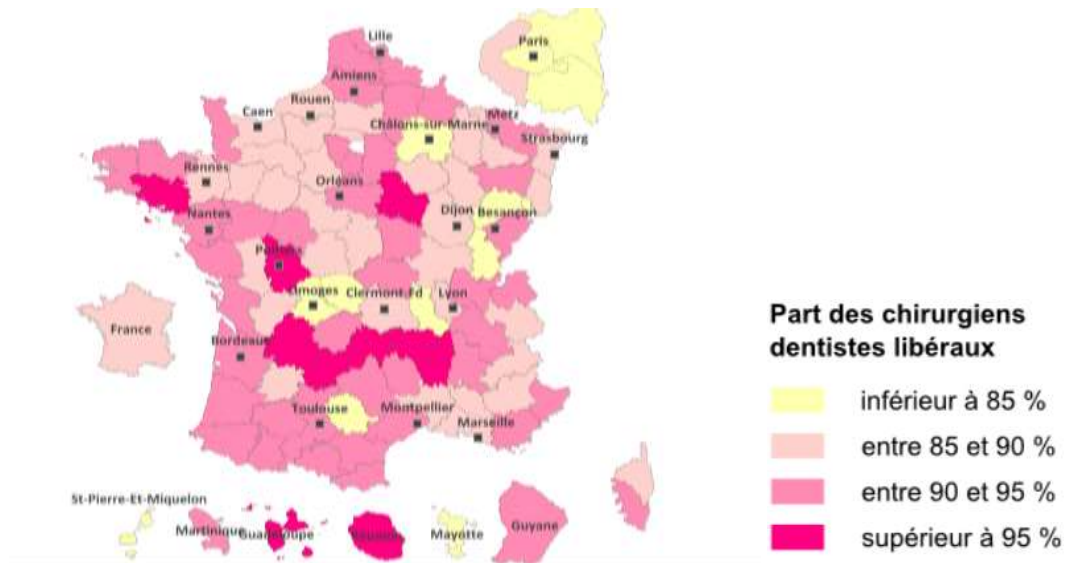


Cependant le nombre de praticiens libéraux diminue, les contraintes devenant trop fortes.

²² Conseil de l'ordre National des chirurgiens-dentistes, « Démographie professionnelle », 5 juillet 2015, [<http://carto.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/>].

Introduction Générale

Cartographie 2: Part des chirurgiens-dentistes libéraux au 1er janvier 2015²³



13.- Les femmes sont de plus en plus nombreuses à être reçues au concours ouvrant les portes des études dentaires.

Ceci a un impact sur la distribution de l'offre de soins.

A l'issue du parcours, la pratique est en effet souvent différente que l'on soit une femme ou un homme²⁴.

Le recours au temps partiel, les congés parentaux, font qu'à quantité égale de praticiens, le volume d'activité est moins important.

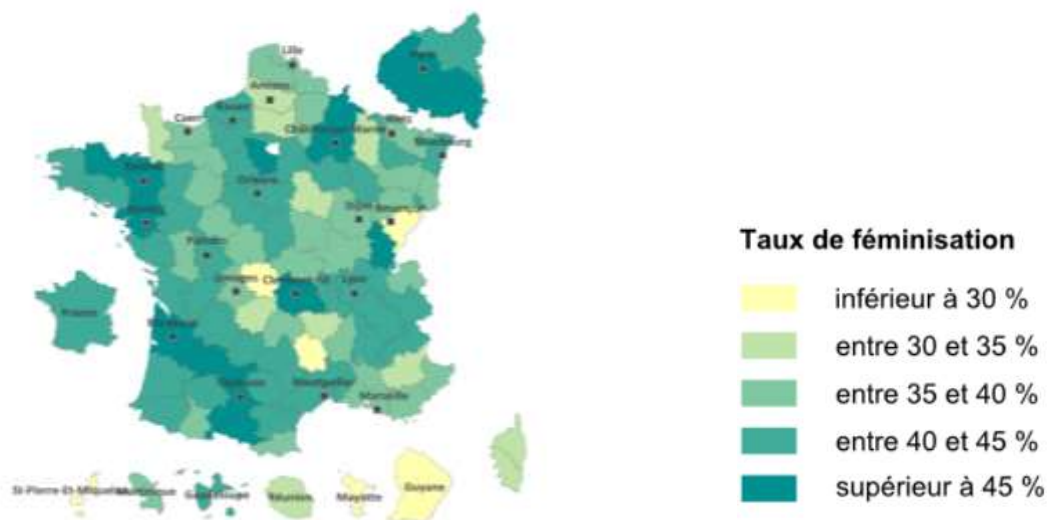
La carte suivante objective la féminisation de la profession.

²³ Conseil de l'ordre National des chirurgiens-dentistes, « Démographie professionnelle », 5 juillet 2015, [<http://carto.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/>].

²⁴ S. BESSIERE, « La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage. », *Revue française des affaires sociales* 1/2005 (n°1) , p. 17-33

Introduction Générale

Cartographie 3: Taux de Féminisation de la profession au 1er janvier 2015²⁵



L'offre de soin se modifie donc. Le *numerus clausus* imposé a diminué les effectifs. De plus les praticiens ont tendance à s'installer dans les villes déjà bien dotées ou en salariat.

Section 2 Des revenus **très hétérogènes**

14.- Les chiffres de la Drees indiquent que les revenus moyens des chirurgiens-dentistes libéraux s'élevaient à 92 567 € en 2013 mais de fortes disparités de revenus entre les praticiens nuancent ce chiffre²⁶.

Un reproche à cette estimation est que les orthodontistes ne sont pas isolés des autres praticiens.

Le revenu n'est pas non plus mis en relation avec le nombre d'heures travaillées au fauteuil ou dévolues aux tâches administratives.

Le revenu d'activité moyen est proche de celui d'un médecin libéral, supérieur de 23 % à celui d'un omnipraticien, inférieur de 26 % à celui d'un spécialiste, mais plus élevé que

²⁵ Conseil de l'ordre National des chirurgiens-dentistes, « Démographie professionnelle », 5 juillet 2015, [<http://carto.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/>].

²⁶ CNSD, Les chirurgiens-dentistes en chiffres, 22 Juill. 2015, [<http://www.cnsd.fr/actualite/news/618-les-chirurgiens-dentistes-en-chiffres>]

Introduction Générale

celui de la plupart des spécialistes pratiquant une majorité de consultations.

En comparaison avec un généraliste les revenus sont ainsi supérieurs avec une qualité de vie meilleure. Les responsabilités sont plus limitées, les amplitudes horaires moins importantes et les astreintes ou gardes quasiment absentes.

Entre 2000 et 2007, les revenus libéraux moyens des chirurgiens-dentistes augmentent de 2,2 % par an puis progressent jusqu'en 2004 de 4,6 % par an avant une baisse sur 2005.

Le tableau suivant offre une comparaison avec les différents professionnels de santé

Tableau 4: Montant moyen des revenus nets en milliers d'euros courants²⁷

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008 (provisoire)	Taux de croissance annuel moyen 2002/2007 (%)	Taux de croissance 2007/2008 (%) (provisoire)
Omnipraticien	61,3	66,7	63,4	65,4	67,4	70,9	71,7	3,0	1,0
Anesthésiste	136,5	145,1	152,3	151,0	172,1	173,2	183,3	4,9	5,8
Cardiologue	100,0	103,4	108,1	106,4	114,1	113,9	116,4	2,6	2,2
Chirurgien *	108,1	111,4	117,2	118,1	126,6	124,3	129,8	2,8	4,2
Dermatologue	59,1	59,8	62,3	58,0	57,9	62,5	62,7	1,1	0,3
Gastro-entérologue	85,8	89,3	92,8	90,7	95,6	101,4	105,6	3,4	4,1
Gynécologue	73,3	78,0	79,0	80,0	82,8	83,9	86,7	2,8	3,3
Ophthalmologue	102,7	107,7	114,6	116,9	123,3	129,5	135,8	4,7	4,9
ORL	76,8	80,3	81,6	78,3	82,2	87,8	91,0	2,7	3,6
Pédiatre	59,3	66,0	62,5	66,5	70,0	69,9	70,0	3,3	0,0
Pneumologue	65,2	68,5	71,5	72,8	79,1	81,2	84,1	4,5	3,5
Psychiatre **	53,6	55,6	59,7	60,5	59,7	61,1	62,0	2,7	1,4
Radiologue	197,1	203,7	208,8	203,9	213,3	216,9	216,2	1,9	-0,3
Rhumatologue	63,9	66,9	70,2	66,1	71,2	77,1	79,4	3,8	2,9
Stomatologue	95,8	101,5	105,0	105,3	103,8	109,3	112,2	2,7	2,6
Ensemble des médecins	77,3	82,7	82,6	83,6	87,4	90,8	92,5	3,3	1,9
Chirurgien-dentiste	73,1	77,6	80,1	79,7	79,4	83,1	85,5	2,6	2,9
Infirmier	33,8	37,4	38,5	38,9	39,3	41,4	43,2	4,1	4,3
Masseur-kinésithérapeute	33,4	33,9	34,6	35,0	35,4	38,3	38,9	2,7	1,7

* y compris chirurgiens orthopédistes

** y compris neuro-psychiatres

Champ : France métropolitaine, ensemble des médecins suivis par la DREES ayant perçu au moins un euro d'honoraire au cours de l'année.

Source : fichiers SNIIRAM (CNAMTS) et déclarations BNC 2035 (DGFIP/INSEE), exploitation DREES.

15.- Les revenus sont variables d'une région à une autre. Schématiquement, plus la densité est faible, plus le revenu est élevé.

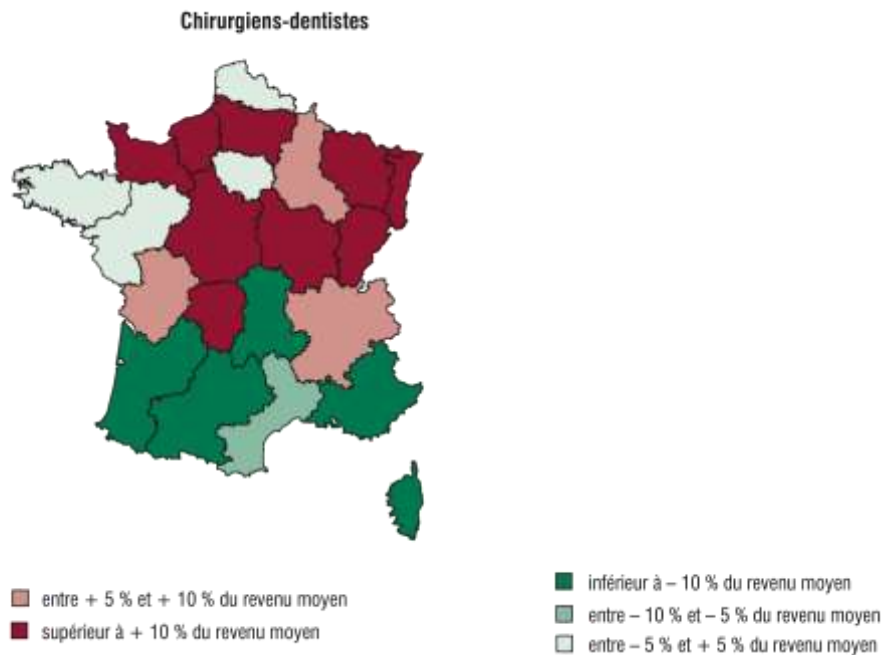
Par exemple on relève un écart de 50 % entre le Nord - Pas de Calais et PACA, au

²⁷ V. BELLAMY, H. FRECHOU, « Les revenus libéraux des professionnels de santé », DREES série sources et méthodes, Document de travail n°16, Juill. 2010, p. 16.

Introduction Générale

bénéfice du Nord.

La carte suivante illustre les fortes disparités de revenus²⁸.



Il est ainsi délicat de donner une règle absolue en matière de niveau de revenu.

Section 3 Une profession majoritairement libérale

16.- La seule définition de la profession libérale admise par le droit positif est celle établie par la Directive européenne n° 2005/36/CE du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles dans son Considérant n° 43 :

« La profession libérale désigne toute profession exercée sur la base de qualifications professionnelles appropriées, à titre personnel, sous sa propre responsabilité et de façon professionnellement indépendante, en offrant des services intellectuels et conceptuels dans l'intérêt du client et du public ».

Les professions libérales se définissent comme « des professions intellectuelles, désintéressées et indépendantes ayant pour objet l'accomplissement d'actes personnels de

²⁸ Rapport ONDPS 2006/2007, Tome 3, Analyse des professions Chirurgien-dentiste, les métiers de la périnatalité, 2008.

[http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG//pdf/Rapport_ONDPS_-_2006_2007_-_tome3.pdf]

Introduction Générale

nature juridique, médicale ou technique, exercés sous la responsabilité du praticien et dans des conditions propres à préserver les intérêts de leurs destinataires »²⁹.

Le point commun entre les différentes activités libérales est donc qu'il s'agit d'activités de services portant sur une prestation intellectuelle³⁰ pour lesquelles la considération de la personne est essentielle, et rémunérées par des honoraires³¹.

Le lien de confiance qui unit le professionnel à son client est un autre critère.

L'intuitu personae est en effet important entre le chirurgien-dentiste et son patient. Enfin, un troisième critère plus idéaliste a longtemps été proposé pour caractériser les professions libérales, celui du sentiment désintéressé qui animerait les professionnels libéraux.

Il n'existe ainsi pas d'éléments permettant d'identifier avec certitude la catégorie des professions libérales.

En pratique, elle est déterminée par l'usage et lorsqu'un doute existe, la jurisprudence tranche le conflit de qualification.

Pour la chirurgie dentaire la qualification ne se discute pas.

²⁹ J. SAVATIER, « *La profession libérale* », Étude juridique et pratique, LGDJ, 1947, p. 38 ; « *Contribution à une étude juridique de la profession* », Dix ans de conférence d'agrégation, Études de droit commercial offertes à Joseph Hamel, Dalloz, 1961, p. 3 et s., n° 8 ; H. ZUELGARAY, « *La cession des clientèles libérales* », Thèse, Faculté de droit de Nice 1998, n° 27 ; S. RETIF, « *Professions libérales et procédures collectives* », Thèse dactyl. Toulouse, 2003, n° 793.

Le professionnel libéral se distingue de l'artisan en raison de l'activité de ce dernier. Il s'agit d'une activité professionnelle indépendante de production, de transformation, de réparation ou de prestation de service à l'exclusion de l'agriculture et de la pêche et figurant sur une liste établie par décret par le Conseil d'Etat.(décret n° 98-247 du 2 avril 1998)

L'article L. 622-3 du Code de la Sécurité sociale dispose que les professions artisanales groupent les personnes immatriculées au registre des métiers, ou susceptibles d'être assujetties à cette immatriculation

Sur les difficultés de qualification d'une activité professionnelle :

G. FRANÇOIS-DAINVILLE, « *La prostitution et le droit de la Sécurité sociale : la question de l'affiliation* », Droit social, 2005, p.888.

³⁰ L'appréciation du caractère intellectuel de la profession est faite au cas par cas

Ainsi la profession de tatoueur a pu être rangée parmi les professions libérales (CA Reims, 1^{re} ch. civ. 4 juin 2002, *d'Adamo c/ M^e Brucelle* : *Juris-Data*, n° 2002-199897), sans que le caractère intellectuel de l'activité apparaisse avec évidence.

³¹ F-X. LUCAS, « *Les professionnels non commerçants* », Le droit des affaires, Paris, Presses Universitaires de France, « *Que sais-je ?* », 2005, 128 p. [www.cairn.info/le-droit-des-affaires--9782130548294-page-29.htm].

Introduction Générale

La reconnaissance de la qualité de libérale de la profession de dentiste implique la non application du droit commercial.

Cette qualité est clairement reconnue à l'article L. 622-5 du Code de la Sécurité sociale qui la classe dans la catégorie des professions libérales.

Elle relève ainsi du droit civil et non commercial, ce qui a des implications fiscales³² et sociales.

17.- Historiquement la pratique médicale libérale trouve son fondement dans la société romaine au sein de laquelle elle était rangée parmi les *operae liberales*.

La régulation de l'état n'était en effet pas nécessaire, justifiant le caractère « libre ».

Lors de l'étude des textes actuels, force est de constater que le terme « médecine libérale » est absent des codes qui régissent la profession.

Seules les expressions « médecins libéraux » ou « médecins exerçant à titre libéral » pour désigner les praticiens privés non-salariés sont utilisées³³.

La notion est davantage sociale³⁴.

La discussion sur les assurances sociales dans l'entre-deux-guerres a permis de réaffirmer les principes de la médecine dite libérale.

La « charte médicale » adoptée le 30 novembre 1927³⁵ est fondatrice des quatre « libertés médicales » consacrées par le Code de déontologie médicale dès 1947³⁶ :

- la liberté de choix du médecin par le malade (contrastant par exemple avec d'autres services étatisés tels que l'éducation publique notamment)
- la liberté de prescription du médecin,

³² Bulletin officiel des finances publiques, BNC - Champ d'application - Professions libérales et revenus des charges et offices, voir point n°30.

[<http://bofip.impots.gouv.fr/bofip/2817-PGP.html?identifiant=BOI-BNC-CHAMP-10-10-10-20120912>], page consultée le 10 Août 2015.

Et CGI, Art 92.

Il est à noter que ce principe connaît quelques exceptions, notamment concernant la création de sociétés commerciales.

³³ CSP, art. D. 4133-25 (D. n° 2006-650 du 2 juin 2006).

Et CSP, art. R. 4031-6 (D. n° 2010-585 du 2 juin 2010).

³⁴ A. LECA, « *La médecine libérale : quelle réalité juridique ? Réflexions à partir du droit romain et de la loi du 5 avril 1928 sur les assurances sociales* », RDSS, 2011 p. 91.

³⁵ J-M AUBY (dir.), Droit médical et hospitalier, Litec, Paris, 1993, fasc. 80.

³⁶ Décret n° 1947-1169, 27 juin 1947, JO 28 juin.

Introduction Générale

- l'entente directe avec le malade sur les honoraires,
- le droit du praticien d'être rémunéré à l'acte et le paiement direct par le patient, (le praticien peut dès lors adapter son niveau de revenu en modulant le volume de ses actes).
- la liberté d'installation (pourtant remise en cause pour les pharmaciens dès 1941).

Ainsi « *par son caractère intellectuel, la médecine est une profession libérale, ce qui veut dire que l'on l'exerce en toute liberté : liberté d'accepter ou de refuser les soins (...) ayant pour seul guide, pour seul frein, l'intérêt du malade et la conscience professionnelle, la liberté de réclamer les honoraires que l'on proportionne à l'importance des soins donnés et au service rendu, aux situations sociales et à la situation personnelle du praticien* »³⁷.

18.- Si l'attachement au caractère libéral peut laisser penser à une totale liberté d'exercice, les contraintes administratives et économiques tendent à faire disparaître un exercice totalement solitaire.

La tendance est au regroupement comme nous l'étudierons. Il devient en effet nécessaire de mutualiser les moyens considérant les investissements coûteux et les charges de plus en plus lourdes.

Le taux de charges de la profession est en effet très fort.

³⁷ Dr. RENON, « *Le médecin syndicaliste* », janvier 1928 (cité par Maryse BADEL, Liberté et système de santé, RDSS, 2005. p951.

Introduction Générale

Tableau 5 : Taux de charge moyen des professionnels de santé en pourcentage des honoraires nets de débours et rétrocessions (recettes nettes)³⁸.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Omnipraticien	43,8	42,6	44,3	44,4	43,8	43,3
Anesthésiste	34,4	34,4	34,3	34,8	33,6	34,1
Cardiologue	46,2	45,9	45,3	45,7	45,1	45,7
Chirurgien *	46,0	46,1	45,9	46,0	45,5	47,2
Dermatologue	50,9	51,3	50,9	52,8	53,2	52,1
Gastro-entérologue	48,2	48,0	47,7	48,6	48,0	47,0
Gynécologue	50,1	49,8	50,4	50,6	50,8	50,9
Ophthalmologue	47,3	47,2	46,7	47,1	46,9	47,1
ORL	50,0	49,7	49,5	50,8	50,2	49,2
Pédiatre	46,4	44,9	46,4	45,6	44,7	45,7
Pneumologue	50,5	50,2	49,5	49,6	48,8	48,7
Psychiatre **	44,7	44,4	43,3	43,4	44,5	44,0
Radiologue	55,6	55,3	55,2	56,1	55,4	55,9
Rhumatologue	50,4	50,2	49,9	52,1	50,9	49,1
Stomatologue	54,9	54,5	54,2	55,5	56,1	55,3
Ensemble des médecins	46,3	45,4	46,2	46,5	46,0	45,9
Chirurgien-dentiste	60,5	60,2	60,2	61,1	62,3	61,8
Infirmier	39,2	37,8	37,6	38,4	38,9	38,1
Masseur-kinésithérapeute	46,8	47,0	47,0	47,4	47,8	46,9

* y compris chirurgiens orthopédistes

** y compris neuro-psychiatres

Sources : BNC 2035 DGFIP-Insee, exploitation DREES

Champ : France métropolitaine, ensemble des médecins suivis par la DREES ayant perçu au moins un euro d'honoraire au cours de l'année.

Tableau 6 : Composantes du taux de charges par spécialités en 2007³⁹

Libellé	Achats	Salaires nets et avantages en nature	Charges sociales sur salaires	TVA	Impôts et taxes	Loyers et charges locatives	Location de matériel et de mobiliers	Total travaux, fournitures et services extérieurs (TFSE)	Total transport et déplacement	Les cotisations sociales personnelles	Total frais divers de gestion (FDG)	Frais financiers	Frais d'établissement	Dotations aux amortissements	Déficit société civile de moyens	Pertes diverses	Divers à réintégrer	Bénéfice société civile de moyens	Taux de charges
Variable du fichier DGFIP-Insee	R210	R216	R481	R751	R215	D333	D334	D301	D370	R502	D395	R203	R752	R485	R202	R222	-F116	-R302	
Code ligne de la BNC 2035	BA	BB	BC	BD	BE BS BV	BF	BG	BH	BJ	BK	BM	BN	CG	CH	CM	BP	CC	CC	
Ensemble médecins	1,3	4,3	3,0	0,0	5,0	4,5	2,6	4,5	3,4	11,9	3,7	0,4	0,0	1,6	0,2	0,2	0,6	0,1	45,9
Chirurgien-dentiste	19,3	5,4	4,0	0,1	4,4	3,6	3,6	4,0	1,8	10,5	2,8	0,5	0,0	1,7	0,2	0,1	0,4	0,0	61,8
Infirmier	0,5	0,3	0,1	0,0	4,5	1,7	0,5	3,1	11,2	11,8	3,8	0,3	0,0	0,5	0,0	0,0	0,6	0,0	36,1
Masseur-kinésithérapeute	0,5	1,0	0,6	0,1	4,6	5,9	3,6	5,2	6,6	11,4	4,6	0,5	0,0	2,2	0,1	0,0	0,8	0,0	46,9

Sources : BNC 2035 DGFIP-Insee, exploitation DREES
Champ : France métropolitaine

³⁸ V. BELLAMY, H. FRECHOU, « Les revenus libéraux des professionnels de santé », DREES série sources et méthodes, document de travail n°16, Juill. 2010, p. 22.

³⁹ V. BELLAMY, H. FRECHOU, « Les revenus libéraux des professionnels de santé », Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DREES, SÉRIE SOURCES ET MÉTHODES, DOCUMENT DE TRAVAIL, n°16 – juillet 2010, p.49, extrait du tableau n° A5.4.

Introduction Générale

C'est quasiment 15 fois plus de charges pour les achats courants du cabinet dentaire par comparaison avec les disciplines médicales toutes spécialités confondues.

Les stomatologues et les chirurgiens-dentistes sont les seules spécialités à consacrer plus de 10 % de leurs recettes nettes à l'achat de fournitures et produits nécessaires pour le contenu des soins effectuées (prothèses, ciments, etc. - respectivement 12 % et 19 %) ⁴⁰.

Les investissements dans le plateau technique, informatique, les consommables ⁴¹ alourdissent les charges d'un cabinet dentaire.

Les normes techniques et sanitaires sont continuellement renforcées.

Les exigences portent sur le matériel autorisé, le traitement des déchets, la traçabilité des actes, les normes d'appareillage et l'obligation de formation en matière de radiologie. Les règles d'asepsie et la stérilisation conduisent au développement du matériel jetable.

En augmentant les démarches administratives, le cabinet doit employer du personnel qualifié, en général assistante et secrétaire et des bureaux de vérifications des installations électriques et radiologiques.

Section 4 L'environnement administratif complexe

a) La multiplicité des administrations impliquées

19.- Le tableau suivant illustre la complexité des interactions entre le praticien et les organismes qu'il côtoie.

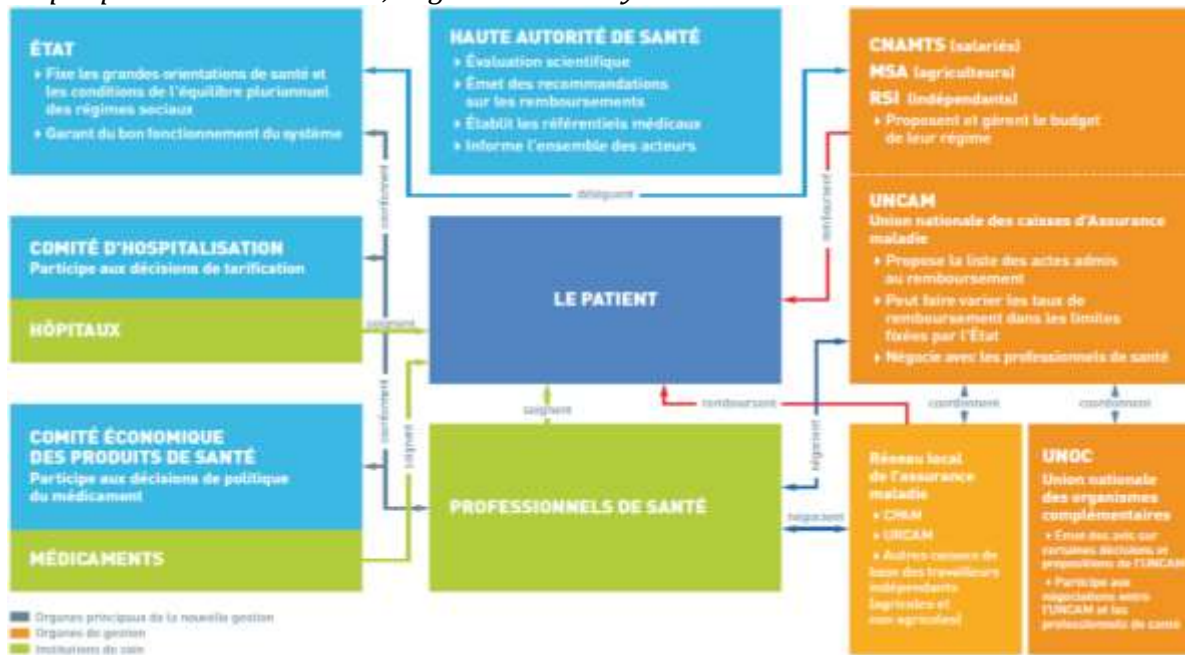
Au fil de nos développements nous détaillerons les principaux acteurs.

⁴⁰ *Ibidem* p. 50.

⁴¹ Les consommables sont majoritairement les matériaux nécessaires au travail en bouche et à la stérilisation (gants, masques, matériaux d'empreinte, instruments...) ainsi que les frais liés aux actes administratifs (papeterie, frais d'impression et d'envois...).

Introduction Générale

Graphique 1: Source GIPSPSI, Organisation et système de santé en France



b) Les instances ordinales

20.- Ainsi que le Conseil de la concurrence l'a précisé, les règles de déontologie sont destinées à compenser l'asymétrie existante entre le patient et le professionnel de la santé :

« Les codes de déontologie définissent les normes de l'éthique professionnelle. Ils sont censés permettre de compenser l'asymétrie de la relation contractuelle et de prendre en compte les "externalités sociales". Leur existence ne pose pas en elle-même de difficultés au regard du droit de la concurrence. Toutefois, l'élaboration de ces règles professionnelles par les ordres professionnels peut restreindre la concurrence entre leurs membres ou protéger ces derniers contre la concurrence d'autres professionnels »⁴².

21.- Dans sa forme actuelle, l'Ordre fut institué le 24 septembre 1945.

Il est chargé de veiller « au maintien des principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine »⁴³.

⁴² Conseil de la Concurrence, Avis n° 08-15 § 51 relatif au projet de décret portant code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes, 29 juillet 2008.

Bulletin officiel, 68e année, n° 9, p. 857 ; Vendredi 14 novembre 2008.

⁴³ Ordonnance n° 45-2184 « relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme », 24 septembre 1945.

Introduction Générale

La section dentaire de l'Ordre des médecins gagne son autonomie et devient ainsi l'Ordre des chirurgiens-dentistes.

Comme celui des médecins, pharmaciens, sage femmes ou kinésithérapeutes, il a été créé par l'Etat en lui conférant des prérogatives de puissance publique pour veiller au respect de la loi et de la déontologie. Les Ordres sont des personnes morales chargées de la gestion d'un service public qui définissent l'étendue des garanties de moralité, de probité et de dévouement de la profession⁴⁴.

Section 5 La dentisterie modernisée

22.- De nouveaux moyens permettent une approche plus attractive que la vision de l'arracheur de dents.

Les incroyables possibilités offertes par des matériaux plus esthétiques, plus solides permettent des traitements conservateurs et moins mutilants pour l'organe dentaire.

Ainsi les nouvelles possibilités de soins sont multiples, quasi indolores et de qualité esthétique et fonctionnelle.

La féminisation de la profession trouve peut-être son origine dans l'image plus « séduisante » de la profession.

23.- Parallèlement, la demande des patients a changé.

Ainsi, 85 % des Canadiens interrogés lors d'un sondage réalisé par Crest et Oral-B en 2012 considérant que le sourire est un élément essentiel du physique général d'une personne⁴⁵.

La dentisterie esthétique « *s'attache à renforcer la beauté naturelle de la bouche et du visage* »⁴⁶.

⁴⁴ CSP Art. L.4121-2.

⁴⁵ Crest - Oral-B, 4^{ème} Sondage annuel : les beaux sourires des Canadiens de Crest et Oral-B. 2012.

⁴⁶ La dentisterie esthétique s'est officialisée pour la première fois aux Etats-Unis avec les docteurs Charles Pincus et Ronald Goldstein en créant la première Académie de dentisterie esthétique en 1976. Cette dentisterie s'est ensuite imposée en Europe et en

Introduction Générale

Parfois critiquée par une partie de la profession, cette partie du travail attire de plus en plus et l'enseignement de la dentisterie est beaucoup plus conservateur qu'autrefois, évitant par exemple le recours systématique à la couronne.

II. Généralités sur la rémunération des professionnels de santé

Rémunérer un médecin n'a pas toujours été une évidence, le geste pouvant être considéré comme un acte purement altruiste, désintéressé.

Pourtant l'analyse historique montre que la rétribution du soignant est très ancienne et a finalement toujours suscité la controverse et la gêne du corps médical.

Chapitre 1 Les honoraires, une appellation spécifique pour une prestation spécifique

24.- Les honoraires sont définis comme toute somme perçue par un praticien en règlement d'un acte médical effectué. Sont donc inclus les honoraires proprement dits (honoraires sans dépassement), les frais de déplacement occasionnés et les dépassements par rapport au tarif conventionnel⁴⁷.

Comme d'autres professions la dentisterie utilise le terme d'honoraire et non de prix pour une prestation.

Ce terme s'emploie pour les rétributions aux professions qualifiées d'honorables.

Comme pour la médecine ou la justice, cette dénomination fait aussi référence à une prestation issue d'une production de l'esprit⁴⁸.

1983, la première Société de Dentisterie Esthétique fut créée en Europe : la SFDE.

⁴⁷ Source IRDES Eco-Santé France, Régions & Départements

Les honoraires sont définis comme une « *rétribution des services rendus par les membres des professions libérales parmi eux de certains auxiliaires de justice dont le montant n'est pas tarifé* ».

Lexique des termes juridiques, 21^{ème} édition, Dalloz, 2014.

Du latin *Honorarium*, honorer, le terme désignait anciennement la somme d'argent que le magistrat municipal devait donner pour reconnaître l'honneur qu'on lui faisait en le nommant, TLFi.

[<http://atilf.atilf.fr/dendien/scripts/tlfiv5/advanced.exe?8;s=133710525;>]

⁴⁸ M. TOULLIER, P. BONAVENTURE, A. DURANTON, « Le droit civil français, suivant l'ordre du Code, ouvrage dans lequel on a tâché de réunir la théorie à la pratique »,

Introduction Générale

Cela fait référence à l'époque romaine et à l'ancien régime où ces professionnels ne pouvaient recouvrer leur créance car les clients étaient seulement supposés honorer spontanément ceux qui les avaient assistés.

L'argent est ainsi une notion que l'on retrouve depuis toujours dans la relation de soin.

Chapitre 2 Le modèle de référence: la rémunération des médecins

25.- La rémunération des médecins pose le problème éthique de l'enrichissement du praticien grâce à la maladie du patient.

Section1 Le principe d'une rémunération

26.- Dans le Serment d'Hippocrate tel qu'énoncé par l'Ordre français des médecins en 1996 il est précisé que « *je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire* »⁴⁹.

Dans l'Antiquité, le code d'Hammourabi (1730 avant JC) donne les prémices de la responsabilité médicale mais aussi une première notion d'honoraires.

« *Les honoraires des médecins varient selon que les soins donnés s'adressent à un homme libre ou à un esclave* ».

Dans l'Antiquité Egyptienne, avant le nouvel Empire, l'Egypte n'a pas de système monétaire. Les médecins sont donc payés en nature ou en services.

Les rémunérations n'étaient pas très importantes.

Les médecins du palais avaient en plus de leur revenu la possibilité de recevoir un emplacement funéraire, un mobilier pour l'au-delà, une stèle mais la récompense la plus enviée était un don d'or.

Volumes 9 à 11 (Livre numérique Google), Société typographique belge, 1838.

Le critère selon lequel le terme honoraire ou prix est utilisé pour une prestation est encore mal défini et la limite est plus du domaine de la coutume.

C. FLOQUET, *Code pratique des honoraires médicaux : ouvrage indispensable aux médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, étudiants, etc. : au courant de la doctrine et de la jurisprudence*, Paris, Masson, Marchal et Billard, 1898, 2 vol. (435, 746p.).

⁴⁹ Bulletin de l'Ordre des médecins, 1996, n°4.

Introduction Générale

Chez les Romains, le médecin est protégé juridiquement concernant les honoraires en cas de réclamation des sommes dues. En général, la médecine semble avoir été une profession plutôt lucrative, surtout sous l'Empire.

Dans les écrits de Pline, nous trouvons des exemples de sommes importantes acquises par les médecins⁵⁰.

A partir de Septime Sévère, des traitements fixes, en argent ou en nature, furent établis pour les médecins du palais.

27.- En 1918, dans « La technique psychanalytique », Freud introduit la nécessité de paiement dans la cure de psychanalyse : « *L'absence de l'influence correctrice du paiement a de graves désavantages ; l'ensemble des relations échappe au monde réel* »⁵¹. À partir de cette évidence, il met en avant que l'analyste doit gagner sa vie, introduisant une valeur d'échange identique à celle utilisée dans le monde et le temps.

L'explication n'est pas uniquement due à la fonction économique de la rétribution mais s'inscrit dans une volonté de rééquilibrage de la relation patient/praticien.

Le thérapeute a le savoir, le pouvoir, et soigne le patient qui est souffrant, dépendant et dominé.

Cela crée une situation d'inégalité et de déséquilibre. Seul le paiement de l'acte annule ce déséquilibre dans la relation praticien-patient, et le cercle de la rencontre se ferme.

Dans le principe, le médecin peut donc se faire rétribuer pour ses services, et ce dès l'Antiquité.

Le principe des honoraires s'assimile à un gage de fidélité de la part du praticien.

⁵⁰ Pline donne des exemples de grosses fortunes et d'escroqueries réalisées par des médecins. Il cite notamment Crinas de Marseille qui laissa à sa mort 10 millions de sesterces, après avoir dépensé autant pour édifier les murs de sa patrie.

« Histoire naturelle de Pline », traduite en français, Tome 1, p 17

[https://books.google.fr/books?id=00n5w3ozTW0C&dq=pline+crinas+de+marseille&hl=fr&source=gbs_navlinks_s], page consultée le 10 Août 2015.

Q. Stertinius, refusa, dit-on, « comme médecin des empereurs des honoraires de 500 000 sesterces par an, sous prétexte que ses visites en ville lui en rapportaient 600 000 ».

PLINE L'ANCIEN, « Histoire de la nature » Morceau choisis et traduis du latin par D. SONNIER, Ed. : Jérôme Million, 1994, p. 102.

⁵¹ S. FREUD, (1913) « Le début du traitement », La technique psychanalytique, Paris, PUF, 1967, p. 92.

Introduction Générale

Section 2 Le paiement direct des honoraires

28.- La transaction financière se fait directement entre le praticien et le patient, matérialisant ainsi la fin des soins.

Le principe de paiement direct est très fortement ancré dans la médecine libérale⁵².

La rédaction de la « charte de la médecine libérale » de 1927 pose deux de ses sept principes sur ce point : le droit à des honoraires pour tout malade soigné et le paiement direct par le patient des honoraires fixés librement par le médecin⁵³.

Si par la suite la loi du 5 avril 1928 admet, en partie, un système de tiers payant, elle sera modifiée, pour faire machine arrière, par la loi du 30 avril 1930, sous la pression du lobby médical s'appuyant sur les principes de la charte de la médecine libérale de 1927⁵⁴.

29.- La nouvelle convention médicale a finalement été signée avec les principaux syndicats représentatifs de médecins libéraux le 5 juillet 2011⁵⁵ et approuvée par arrêté le 22 septembre 2011⁵⁶.

⁵² L'article L. 162-2 du Code de la sécurité sociale dispose que « *dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux que sont le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin, le secret professionnel, le paiement direct des honoraires par le malade, la liberté d'installation du médecin (...)* ».

⁵³ M. RODWIN, « *Conflicts of Interest and the Future of Medicine : the United States, France, and Japan* », Oxford University Press, 2011. p. 40.

⁵⁴ J-C. CAREGHI, « *L'émergence d'une déontologie médicale en France : des projets syndicaux au code de 1941* », RDSS, n° hors-série, « La médecine libérale, quel avenir? », 2011, p. 103-141, p. 115.

⁵⁵ CSP, Art. R. 4127-1 et s.

⁵⁶ Lire à ce sujet : F. VIALLA, « *Aperçu rapide, La réforme discrète du Code de déontologie médicale - A propos du décret du 7 mai 2012* », JCP G n° 23, 4 juin 2012, 663; A. LAUDE, « *Le code de déontologie médicale enfin modifié !* », D. 2012. 1694; F. VIALLA, « *Modification de l'article R. 4127-35 du Code de la santé publique* », Revue Droit et Santé, n° 48, 2012, p. 506-507; C. DEBOST, « *Mise en lumière d'une réforme silencieuse du Code de déontologie médicale* », même revue, p. 507-510 ; C. DEBOST, N. GIRAUDEAU, P. VERON et F. VIALLA, « *La réforme du Code de déontologie médicale* », Rev. gén. dr. méd., n° 44, 2012. 239; M. CONTIS, « *Le Code de déontologie remanié* », Dictionnaire

Introduction Générale

Une de ses particularités notables est d'aborder la diversification des modes de rétribution des médecins par le jeu de trois volets : l'acte, les forfaits et la rémunération sur objectifs de santé publique.

Le paiement à l'acte demeure le socle de la rémunération.

La convention ajoute le paiement au forfait qui doit permettre de valoriser le suivi des patients chroniques ou souffrant d'affections de longue durée (ALD).

Pour les organismes de sécurité sociale avec la rémunération sur objectifs de santé publique, les médecins, seraient assurés de percevoir la contrepartie financière de leur comportement participatif aux politiques de santé, et seraient moins tentés de multiplier les actes pour maintenir leur niveau de vie.

De leur côté les médecins craignent que ces diverses primes, à la performance, au résultat ou à la qualité selon la perception qu'ils en ont, soient mal interprétées par les patients qui pourraient les suspecter de fonder leur choix thérapeutique sur un intérêt plus financier que médical⁵⁷.

En chirurgie dentaire toutefois aucune évolution de ce type n'est envisagée dans les discussions ayant abouti à la nouvelle convention.

L'article R 4127-210 du Code de la santé publique reprecise les principes d'entente et de paiement direct pour la profession dentaire.

30.- « Les principes ci-après énoncés, traditionnels dans la pratique de l'art dentaire, s'imposent à tout chirurgien-dentiste, sauf dans les cas où leur observation serait incompatible avec une prescription législative ou réglementaire, ou serait de nature à compromettre le fonctionnement rationnel et le développement normal des services ou institutions de médecine sociale.

Ces principes sont :

Libre choix du chirurgien-dentiste par le patient ;

Liberté des prescriptions du chirurgien-dentiste ;

permanent Bioéthique et biotechnologies, juin 2012, n° 227.

⁵⁷ M. BADEL, « *La convention médicale de 2011 : la montagne a-t-elle accouché d'une souris ?* », RDSS, 2012, p.520.

Introduction Générale

*Entente directe entre patient et chirurgien-dentiste en matière d'honoraires ;
Paiement direct des honoraires par le patient au chirurgien-dentiste ».*

La jurisprudence confirme l'exigence de ce principe⁵⁸.

Chapitre 3 L'abord de la rémunération

31.- « Si le médecin aborde d'emblée la question de sa rémunération (et elle entre pour quelques chose dans toute activité) le malade sera persuadé qu'en vertu de ce contrat le médecin ne l'abandonnera pas après son départ sinon il peut craindre qu'on le néglige... Il importe donc d'avoir le soin de prévoir les honoraires... »⁵⁹.

32.- La fonction des honoraires dans le processus du « contrat » de soin est prise en compte dès le 19^{ième} siècle mais l'aspect quantitatif de la rétribution est tout autre et a suscité bien des écrits à travers les siècles.

33.- « La plupart des malades exigent que vous fixiez vos honoraires, d'autre se chargent de ce soin ».

Dans cet ouvrage de 1850, l'auteur aborde le caractère aléatoire des rémunérations. Il émet l'idée originale d'un abonnement, tout en soulignant que l'une des deux parties risque d'être lésée. L'idée a été reprise en Angleterre très récemment avec Denplan dont nous reparlerons⁶⁰.

34.- Les honoraires doivent être déterminés au mieux avant le soin, en tenant compte des possibilités pécuniaires du malade :

« Docteur, c'est une bien noble profession que la vôtre !

Sans doute : guérir quelque fois, soulager souvent et consoler toujours ! Non, il n'est point qui puisse lui être comparée en bienfait pour l'humanité (...)

⁵⁸ Par exemple: CE, 5 / 7 SSR, du 27 février 2002, 221781, mentionné aux tables du recueil Lebon.

⁵⁹ M. BARIETY, C. COURY, « Histoire de la médecine », Paris : Fayard., Les grandes études historiques, 1963, 1217 p, p 135.

⁶⁰ Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie, Volume 11; Volume 1850 Société royale des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, Lamertin, 1850, p. 578. Numérisé le 18 juin 2008 par l'université de Gand.

Introduction Générale

C'est aussi mon avis, mais ce qui refroidit mon enthousiasme, c'est le paiement »⁶¹.

35.- A la lecture d'écrits de médecin, l'aspect financier du soin est souvent abordé comme un élément embarrassant qui parasite la relation de soin.

Le sentiment ambivalent du corps médical réside dans l'enrichissement grâce à la maladie de son prochain qui encore aujourd'hui pose question.

Section 1 La perception réciproque du niveau de rémunération.

36.- Pour le praticien, le moment du règlement est toujours délicat et se délègue volontiers à l'assistante ou à la secrétaire.

Certains cabinets disposent d'une pièce dédiée comme pour dissocier l'acte de soin de celui du paiement tant le point financier peut être vécu comme culpabilisant pour le praticien⁶².

Le ressenti par le corps médical sur ses revenus semble immuable depuis au moins 1830 d'après ce que nous avons pu lire dans la gazette du médecin.

« Au reste, à parler en général, les honoraires des médecins me semblent beaucoup inférieurs à ceux d'autrefois, du moins en comparant le prix élevé de toute chose (...) Il me semble avoir démontré que le prix d'une visite a à peine varié depuis deux siècles, que le calcul décimal appliqué aux monnaies, que le nombre toujours croissant de médecin, car chacun de nous est sur le talon de son confrère, ont singulièrement fait baisser les honoraires des médecins »⁶³.

37.- Le patient quant à lui considère le montant très souvent trop élevé.

⁶¹ Gazette Médicale de Paris, « Des honoraires du médecin, Premier article », 13 Nov. 1839, p. 1.

⁶² K. WARD, Australian Dental Practice, Mars-Avril 2010, p 71.

Au sujet d'un espace privé, dédié au règlement des soins (traduction de l'anglais) :

« Gardez à l'esprit qu'une pratique satisfaisante doit s'assurer de la satisfaction du patient pour le service reçu, et qu'il est toujours plus content de vous payer et de vous recommander... toujours un bénéfice à la fin ! »

⁶³ V. DE CASSIS, « Des honoraires du Médecin », Gazette médicale de Paris, Volume 1 11 décembre 1830.

Introduction Générale

Alain Amzalag explique les tensions autour des honoraires dentaires par une forte dépendance du patient vis à vis de son praticien.

La bouche est le carrefour de nombreux préjugés. Elle dispose d'un rôle fonctionnel, social et esthétique.

L'impact est si fort que cette dépendance financière pose problème, d'autant qu'il s'agit du milieu de la santé et que les usagers ne sont pas habitués à payer pour se faire soigner.

Les décisions de « consommation » relèvent parfois de l'émotionnel et pas de la logique⁶⁴.

Le dentiste paraît très souvent être un « ès- crocs » plutôt qu'un soignant.

Section 2 La fonction symbolique de l'argent

38.- « Si l'argent a un autre sens que celui d'être dépensé, c'est qu'il appartient à tout un processus historique et social »⁶⁵.

Trois reproches sont récurrents dans la problématique de l'argent :

- Un doute constant sur sa prétention à contribuer un équivalent général ;
- Une condamnation des pratiques moralement répréhensibles qu'il permet, en particulier l'usure ;
- Une dénonciation des pathologies morales créées par la convoitise qu'il suscite⁶⁶.

Le mécanisme qui lie les relations humaines avec l'argent est en effet complexe et chargé de connotations émotionnelles.

Ceci est d'autant plus vrai dans le milieu de la santé.

L'argent donné en retour d'une prestation a donc une fonction symbolique et

⁶⁴ E. BINHAS, « Rassurer le patient et le praticien : parler argent est ce tabou... », *Le fil dentaire*, n°66, octobre 2011, p 56-57.

⁶⁵ G. SIMMEL, « Philosophie de l'argent », PUF, 1987, 662p.

⁶⁶ D. DE BLIC, J. LAZARUS, *Sociologie de l'argent*, Coll. Repères, Ed. La découverte, 2007, p. 8.

Introduction Générale

transactionnelle au sein des relations avec autrui.

L'histoire des moyens de paiement, puis l'étude de sa place dans l'acte de soin, va nous permettre de déplacer la fonction symbolique de l'argent dans la dimension du soin.

§1 L'approche historique des moyens de paiement

39.- L'évolution des moyens de règlement illustre le passage d'une société primitive basée sur le pillage et la guerre pour obtenir ce dont elle avait besoin, à un échange.

Puis s'est instaurée une unité de compte. Pour les historiens, la première unité de compte était le bœuf, animal sacrificiel primordial de très grande valeur.

L'élément permettant l'échange possède une valeur en lui-même.

Par la suite, les formes monétaires se diversifient, tout en demeurant des marchandises précieuses.

La dissociation psychologique entre le moyen d'échange et ce qu'il achète, permet autour de la mer Egée l'apparition des premières monnaies.

Aristote dans *La Politique*, ne condamne pas l'argent. Il alimente en effet les échanges.

Seule la chrématistique commerciale constitue une activité « contre nature »⁶⁷.

Adam Smith complète les écrits d'Aristote et selon lui la multiplication des échanges est la « *raison irrésistible* » qui a imposé l'apparition de la monnaie.

L'argent fut inventé « à cause de la nécessité de l'échange »⁶⁸.

40.- À la Renaissance on assiste à une nouvelle étape dans les relations d'échange et dans la conception de la monnaie.

Les précurseurs de la monnaie papier sont la lettre de change et le transfert de dettes.

Ce sont deux outils monétaires élaborés par la communauté des marchands italiens et nordiques pour faciliter leur commerce.

Le passage du troc à un système monétaire a fait évoluer les relations interhumaines.

⁶⁷ Aristote, cité dans D. DE BLIC, J. LAZARUS, « Sociologie de l'argent », Coll. Repères, Ed. La découverte, 2007, p. 12.

⁶⁸ A. SMITH, « Recherches sur la nature et les causes de la richesse des nations », Garnier-Flammarion, Paris, 531p.
D. DE BLIC, J. LAZARUS, *Idem*, p. 8 et p. 22.

Introduction Générale

L'argent devient un médiateur des échanges et ouvre donc également un réseau social.

41.- L'endettement mutuel invoqué par Godbout implique un cycle de donner-recevoir-rendre⁶⁹.

Le transfert d'argent finalise dès lors le cycle en effaçant la dette.

L'argent a donc vocation de simplifier et normaliser les rapports des individus entre eux et vis à vis de la société puisqu'il régent les échanges et donne une valeur pour chaque chose.

Cette idée n'est qu'une vision réductrice de l'importance de l'argent dans la société.

Tout un symbolisme se dégage du concept.

La psychanalyse et la sociologie évoquent la difficulté des praticiens avec l'argent.

Nous exposerons brièvement quelques principes.

§2 L'approche psychologique et sociologique de l'argent

42.- Les textes qui traitent du symbole de l'argent dans les écrits de Freud se situent entre 1908 et 1918. La valeur symbolique de l'argent, de même que la pathologie des rapports avec l'argent, est conçue en termes de régression et de fixation au stade anal⁷⁰.

Le stade oral est une période où l'enfant se représente le monde comme un sein inépuisable. La peur du manque conduit à représenter les fantasmes liés à ce stade sous la forme de désirs d'incorporation.

Portés sur l'argent ils s'expriment par une recherche sans fin de gains et par la peur de manquer.

Avec le stade anal, l'enfant prend conscience qu'il peut agir sur le monde et l'organiser

⁶⁹ L'essai sur le don de Marcel Mauss a initié la réflexion sur le don en anthropologie. Dans les sociétés archaïques les hommes sont soumis à la triple obligation de donner recevoir et rendre des présents.

J. GODBOUT, « Le don, la dette et l'identité : homo donator versus homo oeconomicus », Paris, Éd. La Découverte, 2000, p. 46.

⁷⁰ A. GIBEAUT, « *La symbolique de l'argent* », Les cahiers du centre de psychanalyse et de psychothérapie, 1986.

I. REISS-SCHIMMEL, *La psychanalyse et l'argent*, Ed. Odile Jacob, 1993, 282p.

Introduction Générale

en terme de soumission domination. Les angoisses liées à ce stade sont représentées sous la forme d'un danger d'être vidé, d'être asservi, exploité.

Déplacés sur le symbole argent, les désirs formés à ce stade s'expriment en terme d'avarice et de prodigalité.

43.- Le contact se fait dès l'enfance, de l'argent de poche à la petite souris.

Dans son étude Janine Mossuz Lavau explique qu'en dépit des apparences, l'enfance amorce le futur comportement de l'adulte vis à vis de l'argent.

Les souvenirs de frustrations éventuelles (port des habits des voisins, envie de ne pas paraître pauvre devant les camarades de classe...) sont le point de départ de la relation avec le statut de riche ou pauvre.

Par ailleurs l'attitude du cercle familial vis à vis de l'argent va induire, soit une reproduction du schéma, soit une opposition.

Dans la culture paysanne, il est d'usage de ne pas en parler afin de ne pas dévoiler l'épargne disponible à domicile.

Il semblerait donc que notre rapport à l'argent se conditionne dès la petite enfance.

La sociologie s'intéresse au tabou qui entoure la notion⁷¹.

44.- L'argent serait même plus tabou que le sexe...

C'est en tout cas ce que nous explique Janine Mossuz-Lavau⁷².

Les éléments qui expliquent ce tabou très présent dans les relations humaines trouvent leur ancrage selon elle dans le catholicisme et le marxisme.

45.- Le catholicisme est une religion tournée vers les pauvres.

Dans les Evangiles, les riches sont condamnés de façon systématique... ce qui a amené

⁷¹ C. CAPDEQUI SANCHEZ, « *Les imaginaires socioculturels de l'argent* », Sociétés, 2003/4 no 82, p. 73-91.

⁷² L'EXPRESS, « *Parler de son salaire, plus tabou que parler de sexe ?* », publié le 18 Mars 2011, [http://www.lexpress.fr/emploi-carriere/emploi/parler-de-son-salaire-plus-tabou-que-de-parler-de-sexe_973708.html], Page consultée le 10 Août 2015.

J. MOSSUZ-LAVAU, « *L'argent et nous : l'effet famille* », Dialogue, 2008/3 n° 181, p. 15-24.

Du même auteur : « *L'Argent et nous* », éditions de la Martinière, 2007, 370p. ; « *La vie sexuelle en France* », Paris, Éditions Seuil, 2005, 430p.

Introduction Générale

une valorisation de la pauvreté, fondement de certains ordres et réformes de l'Eglise.

Les riches seront « *renvoyés les mains vides* ». (Luc 1,53)

« *Je vous le dis encore, il est plus facile à un chameau de passer par le trou d'une aiguille qu'à un riche d'entrer dans le royaume de Dieu* ». (Mt 19, 23-26)

« *Aucun homme ne peut servir deux maîtres : car toujours il haïra l'un et aimera l'autre. On ne peut servir à la fois Dieu et Mammon* »⁷³. (Matthieu 6:24).

De par son caractère insatiable, il devient dangereux.

Pour Saint Thomas d'Aquin, « *le commerce considéré en lui-même a un caractère honteux* ».

Le Moyen âge placera le péché de l'Avarisme à son maximum, alors même que le commerce se développe.

Les clercs chrétiens qualifiaient l'or d'excrément.

46.- Les philosophes et sociologues se sont très souvent affichés comme hostiles à la richesse.

Sartre, Foucault, Bourdieu rejettent l'omnipotence de l'argent dans la société.

C'est George Simmel qui donne une explication philosophique à cette diabolisation. L'argent devient « *le centre où les choses les plus opposées, les plus étrangères, les plus éloignées trouvent un point commun et entrent en contact* ».

C'est donc un équivalent fonctionnel de Dieu et « *la plus haute unité économique* » s'aligne au rang de « *la plus haute unité universelle* »⁷⁴.

47.- Les grands écrivains naturalistes ont relayé cette transformation de la société sous les effets de la finance.

Balzac illustre la rivalité, les faux semblants, les corruptions qu'entraîne l'argent dans « Les employés », « La comédie humaine », « La peau de chagrin »...

⁷³ Mammon est un mot d'origine araméenne signifiant « riche ».

⁷⁴ G. SIMMEL, « Philosophie de l'argent »; Presse Universitaire de France, trad. S. Cornille et P. Ivernel, 2ème éd. (2009), paru sous le titre original Philosophie des Geldes; Leipzig, 1900. p 281-282.

Introduction Générale

La société « *n'adore plus le vrai Dieu, mais le Veau d'or* »⁷⁵.

Zola décrit de même les « nouveaux riches », les désillusions d'une fortune rêvée et l'avènement de l'enrichissement par la spéculation dans « *L'Argent* », « *Nana* », « *Au bonheur des dames* ».

La caricature de l'argent faite par Frantisek Kupka dans « *L'Assiette au beurre* »⁷⁶ résume à elle seule la nouvelle image de la richesse : un géant doré ventripotent faisant la loi.

48.- Dans la tradition politique européenne, le marxisme quant à lui considère que le profit est mal.

Marx⁷⁷ fait l'analyse des conséquences sur les personnes de ce qu'il nomme, après Virgile⁷⁸, *auri sacra fames* (maudite soif de l'or) c'est-à-dire de la chrématistique commerciale instaurée par ceux qu'il appelle « les économistes ».

49.- En France, diverses formations politiques, au-delà des clivages, se sont aussi érigées contre les « riches ».

Les discours politiques sont toujours emprunts d'une animosité contre la finance, le capitalisme, les riches.

Le Général De Gaulle affirme que son « *seul adversaire, celui de la France, n'a aucunement cessé d'être l'argent* »⁷⁹.

François Mitterrand donne comme mot d'ordre la lutte « *contre toutes les puissances de l'argent* »⁸⁰ et fustige le « *grand capitalisme* » considéré comme « un adversaire numéro un » dans un discours sur Europe 1 en 1978.

Nicolas Sarkozy est dit « *président des riches* ».

L'ennemi de François Hollande dans la campagne présidentielle 2012 est la finance.

⁷⁵ H. De BALZAC, « Les Illusions perdues », propos tenus par Vautrin, l'abbé Herrera

⁷⁶ *L'assiette au Beurre*, n° 41, 11 janvier 1902.

⁷⁷ K. MARX, « Le Capital », Ed. PUF, 2009, 1024p.

⁷⁸ VIRGILE, « *Énéide* », Ed Le Livre de Poche, 2004, p. 57.

⁷⁹ Charles DE GAULLE, 11 décembre 1969, discussion avec André Malraux, cité dans « Les chênes qu'on abat », Gallimard, 1971, 239p.

⁸⁰ H. BONIN, « L'argent en France depuis 1880. Banquiers financiers, épargnants », Paris, Masson, Coll. Un siècle d'histoire, 1989, p. 233.

Introduction Générale

50.- Etre ou paraître « Anti Riches » semble être politiquement correct en temps de crise⁸¹.

La société toute entière s'érige toujours contre les riches.

Un site internet « *The vile plutocrate* » fait son apparition en 2010 en Amérique, dans le pays des *self made men*, où la réussite est moins taboue qu'en Europe.

Selon les mots d'un de ses créateurs, le site cherche « *tout type d'information qui tourne autour de ces gens qui font partie de la frange supérieure de la société et dont l'activité principale est de dilapider l'argent de la classe moyenne* ».

Georg Simmel note que l'argent vient prendre la place de Dieu lorsque la foi diminue⁸².

Nous avons abordé la problématique du rapport à l'argent en général, qu'en est-il dans le domaine de la relation de soin?

Section 3 Le paiement dans la relation de soin

51.- L'acte de paiement matérialise donc un échange.

Le patient exprime la reconnaissance d'un travail, qui lui procure une satisfaction, en réglant à son praticien.

La preuve en est qu'un patient mécontent de son appareil par exemple refuse en général de régler sa facture...

L'argent peut à la fois être une manière de reconnaître le travail, mais peut aussi « cristalliser la frustration » d'un patient mécontent.

⁸¹ Alain PLESSIS montre la complexité de la bourgeoisie dans ses rapports à l'argent Dans une étude de la correspondance au sein d'une famille bourgeoise il s'étonne ne pas trouver mention d'argent.

Lire également A. BURGUIERE (Dir.) « *Une France bourgeoise* », Histoire de la France, vol 4, Les formes de la culture, Seuil, Paris, 1999, p. 221-300.

Notons qu'il est toujours très difficile de définir un seuil de richesse...

⁸² G. SIMMEL, *Philosophie de l'argent* ; Presse Universitaire de France, trad. S. Cornille et P. Ivernel, 2ème éd. (2009), paru sous le titre original *Philosophie des Geldes*; Leipzig, 1900. p 280-283.

Introduction Générale

§1 Le principe de non gratuité

52.- Pour Alain Amzalag⁸³, le patient « *a besoin de régler* » sa consultation.

En cas de gratuité, l'entrevue pourrait être assimilée à une consultation bâclée, incomplète...

Il s'agit d'un achat non impulsif pour le patient qui va mettre dans la balance tous les biens dont il a besoin (ou envie) et les ressources dont il dispose.

Pour les professionnels de santé « *concilier argent et santé devient un exercice redoutable qui modifie les conditions d'exercice de la profession !* »⁸⁴.

Effectivement le tabou de l'argent est d'autant plus délicat lorsqu'on le mêle à la santé.

David Jacotot évoque la « *commercialité* » de la profession d'où émerge le paradoxe de gagner de l'argent avec la santé⁸⁵.

§2 Un nouveau concept de patient : du co décideur au consommateur

A/ Le Co décideur

53.- Paul Ricœur propose le concept de pacte de soin fondé sur la confiance et aucune mention n'est faite du transfert d'argent.

Le pacte est une alliance entre le malade et le médecin contre la maladie entouré d'un respect mutuel.

Ce respect permet d'effacer les effets de l'asymétrie entre les deux parties⁸⁶.

54.- Cependant en pratique, de la même façon que dans les autres professions médicales, une asymétrie d'information biaise la relation de soin et, de ce fait, le marché de la santé.

Le modèle paternaliste laisse la place au concept de patient actif.

La démocratie sanitaire a transformé le malade en usager du système de santé.

⁸³ A. AMZALAG, « Codes de la relation dentiste-patient », Ed Elsevier Masson 2007,125p.

⁸⁴ D. JACOTOT, « *Le praticien et les conditions d'exercice actuelles* », Bull. Acad. Natle Chir. Dent., 2005, p. 45-48.

⁸⁵ *Ibidem*.

⁸⁶ P. RICŒUR, « Les trois niveaux du jugement médical », dans P. KEMP (dir.), *Le Discours bioéthique*, Ed. Cerf, 2004, p. 35-49.

Introduction Générale

Le résultat est que l'initial colloque singulier s'est révélé être à présent un temps de décision partagé⁸⁷.

55.- Afin de contourner l'asymétrie, la littérature a identifié deux stratégies possibles pour que le patient reprenne le pouvoir sur son état de santé.

Albert Hirschman introduit ainsi une distinction entre deux stratégies⁸⁸.

- la stratégie *exit* (défection) : le patient peut consulter un autre praticien.

Le coût d'une seconde consultation n'est pas prohibitif puisque, contrairement aux médecins généralistes, le concept de « dentiste traitant » n'a pas été instauré.

En effet, là où l'usager de la médecine est pénalisé par une participation forfaitaire si il est en dehors du classique parcours de soin, il est, en dentisterie, totalement libre de consulter un second avis en étant totalement remboursé⁸⁹.

Les comparaisons de devis n'en sont alors que plus abordables, quitte à ne pas comparer parfois le même traitement.

⁸⁷ Article L1111-4 Modifié par Loi n°2005-370 du 22 avril 2005, art. 3 JORF 23 avril 2005 rectificatif JORF 20 mai 2005 :

« Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision ».

⁸⁸ En 1970, Il montre les possibilités d'un individu lorsque le bien ou le service baisse en qualité :

- la réaction silencieuse (*exit*) : il change simplement de marque de produit ;
- le renoncement à l'action (*loyalty*) : le consommateur reste fidèle à la marque ;
- la protestation ou prise de parole (*voice*) : la manifestation contre les mauvaises performances du prestataire concerné.

A. O. HIRSCHMAN, « Exit, Voice and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations, and States, Cambridge », Mass. : Harvard University Press.

Traduction française, « Face au déclin des entreprises et des institutions », Ed. Les éditions ouvrières, 1972, 141p ; « Défection et prise de parole », Ed. Université de Bruxelles, 2011,158p.

⁸⁹ L. ROCHAIX, « Asymétries d'information et incertitude en santé : les apports de la théorie des contrats », Économie et Prévision, Programme National Persée, vol. 129(3), 1997, pages 11-24.

Il est d'autant plus facile de consulter plusieurs chirurgiens-dentistes que le parcours de soin n'inclue pas la dentisterie.

Introduction Générale

Cette stratégie est d'autant plus plausible dans les zones disposant d'une densité de praticiens correcte.

- la stratégie « *voice* »

Sur le modèle de décision partagée, le patient va tenter de peser dans la décision thérapeutique.

Le malade « sachant »⁹⁰ se trouve ainsi en relative égalité avec son praticien.

Le libre recours à un autre praticien et les informations de santé en libre-service font de lui un véritable consommateur de soin en face d'un praticien dont la représentation sociale est souvent peu enviable.

Le patient est certes plus autonome, plus informé, mais parallèlement sa participation financière pour sa santé augmente et le concept de consommateur de soins prend de l'ampleur, à juste titre.

B/ Le consommateur de soin

56.- Pour Umberto Nizzoli, « les patients d'hier sont les clients d'aujourd'hui »⁹¹.

Guillaume Rousset explique que « *le consommateur se caractérise par le désir qui le pousse à acheter un bien ou à être destinataire d'un service, l'élément central étant la volonté. Cette volonté s'exprime en deux phases: volonté de consommer puis volonté de choisir tel produit ou service* »⁹².

La loi du 4 mars 2002 va dans le sens d'un rôle accru du patient dans ses soins, puisque l'augmentation de son pouvoir décisionnaire lui confère un rôle de gestionnaire de santé.

Une information détaillée sur le coût des prestations, un délai de réflexion et un droit de

⁹⁰ C. LE PEN, « *Patient ou personne malade ? Les Nouvelles figures du consommateur de soins* », Revue Economique, Vol. 60, 2009, p.257-271.

⁹¹ U. NIZZOLI, « *Qualité des services ou qualité des soins ?* », Psychotropes, vol. 9, 2003/1, p. 109-117.

⁹² G. ROUSSET, « *L'influence du droit de la consommation sur le droit de la santé* », Université Jean Moulin Lyon III, 2007.

Introduction Générale

rétractation forment le socle de l'obligation d'information due au patient pour obtenir son consentement éclairé.

La loi du 13 août 2004 poursuit le processus de transformation du système de soins en faisant de l'assuré social le gestionnaire de son capital santé en le sanctionnant si il ne suit pas le parcours coordonné.

57.- Au regard du droit de la concurrence, la relation de soin devient une relation commerciale en positionnant le patient comme un consommateur de soin⁹³.

Les applications du Code de la concurrence précédemment évoquées pourraient nous conforter dans cette position.

Nathalie Fraselle décrit une translation du concept de « *malade docile* » vers un patient « *consommateur - objet* »⁹⁴.

Pour d'autres auteurs « *les usagers se sont mués en consommateurs* »⁹⁵.

Ces nombreuses assimilations se font entre le droit de la santé et de la consommation. Les attentes en matière d'information, de gestion du risque, de responsabilité et des potentielles comparaisons entre deux prestations de soins justifient le rapprochement⁹⁶.

58.- Pour assister le patient, des associations de défense des droits en matière de santé apparaissent, constituant des lobbies, souvent point de départ des attaques contre la profession⁹⁷.

⁹³ Le droit de la consommation se définit comme le « *nom donné à l'ensemble des lois spéciales destinées à assurer la protection du consommateur ; soit avant qu'il ne s'engage soit dans les conditions de son engagement, soit dans l'exécution du contrat et plus généralement à l'ensemble des mesures et institutions destinées à sauvegarder sa santé, sa sécurité et ses intérêts économiques* ».

G. CORNU, « Vocabulaire juridique », Ed.PUF, 2014, 1360p.

⁹⁴ FRASELLE N. « Du patient au consommateur. La construction d'un combat social », Ed. Bruylant, 1996, 226p.

⁹⁵ M-G FAYN, « la société du soin, les nouvelles attentes du consommateur », Ed Frison-Roche, 2005, 260p.

⁹⁶ G. ROUSSET, « L'influence du droit de la consommation sur le droit de la santé », Université Jean Moulin Lyon III, 2007, p. 18 et p. 216 et suivantes.

⁹⁷ Cass. crim., 15 mai 1984, Bull. crim., n° 178 ; D. 1985, Jur. p. 106, note S. Marguery, qui déclare recevables à agir les associations de consommateurs contre les médecins car, en

Introduction Générale

Celle de « défense des consommateurs de soins et de prothèse dentaire⁹⁸ » notamment a pour objectif de défendre les usagers des soins dentaires et de les orienter avant ou après les soins.

Le terme est sans équivoque.

L'approche économique admet le terme client, s'appuyant sur la liberté de choix et sur le principe de paiement direct⁹⁹.

59.- Les professionnels de santé ressentent intuitivement cette approche consumériste.

Le président du Conseil de l'Ordre des médecins décrit des « *consommateurs de soins qui abusent et utilisent leur médecin comme un serviteur* »¹⁰⁰.

Le Conseil de l'Ordre des dentistes emploie les mêmes termes lorsqu'il part en croisade contre « *un consumérisme dentaire au rabais* », les centres low cost développés depuis 2012¹⁰¹.

l'espèce, la violation par le médecin de l'art. 626 c. santé publ. « serait de nature à occasionner un dommage aux patients appelés à faire usage de préparations magistrales irrégulièrement prescrites par leur médecin » et que cette transgression de textes édictés autant dans l'intérêt général que dans celui des consommateurs serait, dès lors, susceptible de causer une atteinte à l'intérêt collectif de ces usagers ou consommateurs que l'association, en l'espèce l'Union fédérale des consommateurs, représente ».

⁹⁸ Forte de 3200 adhérents, cette structure créée en 1989 a pour vocation d'assister le patient en cas de litige avec l'aide d'un avocat en lien avec l'association.

Elle aide par ailleurs à expliquer un devis. Il est bien mentionné « *consommateur* » de soin.

Nous ne pouvons que nous étonner sur l'aspect de la relation de soin abordée sur le seul thème de la consommation...

⁹⁹ S. SANDIER, « *le point de vue de l'économiste de la santé* », in JOLLY(D.), JOLLY (C.) (dir.) *malade ou client ? Economica*, 1993, p. 114-122.

¹⁰⁰ J. LANGLOIS, Bull. Ordre méd., Nov. 2002, p. 1.

¹⁰¹ « *Cabinets dentaires low cost : non à une santé buccale au rabais !* », site du conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, [http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/actualites/annee-en-cours/actualites.html?tx_ttnews%5Btt_news%5D=331&cHash=691ff572961d7ecd3dbcbdc5447687], page consultée le 12 mars 2013.

Introduction Générale

60.- La sociologie débat de ces notions de consumérisme¹⁰², de la comparaison de soins comme s'il était question d'un bien de consommation quelconque.

61.- D'un point de vue législatif, ce débat est corroboré par des arrêts contradictoires selon l'étendue du champ d'application des règles de droit de la consommation¹⁰³.

David Jacotot parle de « *commercialité de la profession* » afin de décrire le passage d'un exercice comme un art à une quasi profession commerciale où il est possible de « *faire de l'argent avec la santé* »¹⁰⁴.

La définition faite dans les arrêts du 2 mai 2001 et du 19 février 2002 du fond libéral par la Haute juridiction pousse le parallèle avec le fond commercial¹⁰⁵.

La qualité de prestataire de service est reconnue pour le chirurgien-dentiste¹⁰⁶.

¹⁰² Dans une société d'hyperconsommation, la santé devient un bien comme un autre soumise aux exigences des patients.

Voir à ce sujet : G. LIPOVETSKY, « Société de la déception », Ed. Textuel, 2006, 110p.

¹⁰³ G. ROUSSET, « L'influence du droit de la consommation sur le droit de la santé », Université Jean Moulin Lyon III, 2007, p. 30.

J. CALAIS-AULOY, F. STEINMETZ, « Droit de la consommation », Dalloz, coll. Précis Droit privé, 9^e édition, 2015, 730p.

¹⁰⁴ Jacotot D. Bull Acad. Natle Chir. Dent. 2005, 48

« *De la disparition de la notion de profession libérale à sa substitution par celle de profession... commerciale... fortement encadrée : l'évolution des conditions d'exercice ne ressemble-t-elle pas à une "mutation génétique", c'est-à-dire à une variation d'un caractère héréditaire par changement de la qualité des gènes ?* »

¹⁰⁵ Par une décision du 7 novembre 2000, la 1^{ere} chambre civile de la Cour de cassation admet pour la première fois la validité d'une convention portant sur la cession partielle d'une clientèle civile.

Elle envisage la cession de clientèle dans le cadre de la « *cession d'un fonds libéral d'exercice* »

La décision du 7 novembre 2000 a été par la suite confirmée par plusieurs décisions, notamment des 2 mai 2001, 19 février 2002 et 30 juin 2004

Ces décisions ont précisé que le fonds d'exercice libéral est constitué de la clientèle, du matériel et des locaux

Lire à ce sujet : F. VIALLA, « L'introduction du fond libéral en droit positif français », Université Montpellier 1, 1997.

¹⁰⁶ Arrêts Kohll et Decker, 28 avril 1998, affaires C-120/95 et C-158/96.

Nous reviendrons sur cet arrêt dans la suite de nos développements (voir paragraphe 547 et 561).

Introduction Générale

Un arrêt de la Cour d'Appel de Paris considère que « *le patient est lié au praticien par un contrat qui s'analyse en une prestation de service* ».

L'arrêt poursuit ainsi : « *Considérant que les textes sur la tromperie, figurant au Code de la consommation, s'appliquent parfaitement au contrat de prestation de service liant le professionnel de santé au consommateur-patient* »¹⁰⁷.

62.- Pourtant, il semble difficilement concevable d'appliquer totalement par le biais des affirmations précitées un caractère commercial à la relation entre un praticien libéral et son patient.

Rappelons l'article R4127 215 du Code de la santé publique : « *La profession dentaire ne doit pas être pratiquée comme un commerce* ».

Malgré tout, l'argent reste toujours un point délicat à aborder pour les praticiens.

Ces derniers doivent de plus gérer des préjugés tenaces.

III. Une profession desservie par sa réputation.

63.- Dans l'imaginaire collectif, le dentiste fait toujours mal.

La localisation du soin est en effet très symbolique, la proximité physique du soignant peut être vécue même en dehors de tout soin comme un agression.

Et lorsque le patient n'a pas mal lors du soin, c'est une douleur pour le compte en banque puisque les soins dentaires sont majoritairement source de reste à charge important.

Le classement des métiers préféré des Français illustré dans le tableau ci-dessous laisse songeur, le quotidien d'un dentiste montre que rare sont les patients adorant avoir rendez-vous...

¹⁰⁷ CA Paris, 13^e ch. Corr.; sect. A., 28 février 2006, T. : Juris Data n°2006-304466
G. RAYMOND, « Un nouveau consommateur : le consommateur patient »
Contrats de la concurrence consommation n°11, novembre 2006, comm. 238.

Introduction Générale

Tableau 7 : *Le classement des métiers préférés des Français (IFOP, 14 janvier 2011)*

	Total bonne (%)	Très bonne (%)	Assez bonne (%)	Total mauvaise (%)	Assez mauvaise (%)	Très mauvaise (%)	Total (%)
Infirmières	99	59	40	1	1	-	100
Médecins	94	31	63	6	6	-	100
Dentistes	90	23	67	10	9	1	100
Pharmaciens	89	25	64	11	10	1	100
Commerçants	85	12	73	15	14	1	100
Enseignants	76	19	57	24	20	4	100
Policiers	74	15	59	26	22	4	100
Chefs entrepr.	71	10	61	29	25	4	100
Notaires	64	7	57	36	29	7	100
Avocats	63	6	57	37	30	7	100
Prêtres, rabbins, imams	60	8	52	40	30	10	100
Journalistes	58	5	53	42	33	9	100
Banquiers	36	3	33	64	46	18	100
Agents immobiliers	35	2	33	65	52	13	100
Députés	34	2	32	66	49	17	100

Chapitre 1 L'image du dentiste

Deux procès d'intentions sont régulièrement faits aux chirurgiens dentiste : la douleur et la malhonnêteté.

La relation de soin est presque inquisitoire : prouver sa « non dangerosité » et ses bonnes intentions dépourvues de volonté de s'enrichir.

Section 1 Une désagréable relation de soin

64.- Le qualificatif d'arracheur de dents s'assimile dès la fin du XVI^{ième} siècle à un « *menteur effronté* ».

L'expression apparaît lorsque les « dentistes » offraient une extraction indolore, étant toutefois dépourvus d'anesthésiques...

L'image perdue, même si la dentisterie a progressé en matière de confort opératoire et d'analgésie.

Introduction Générale

65.- Le dentiste est parmi les « personnages » du milieu de la santé les plus représentés.

La dent alimente le mythe du vampire, du loup garou, la gueule de l'enfer...

L'organe dentaire est un des plus fécond pour le domaine de la psychanalyse et véhicule nombre de croyances et de symboles¹⁰⁸.

Le Livre de Job, texte hébraïque de l'Ancien Testament écrit vers 500 avant J.C, parle du Léviathan (Béhémoth) comme l'entrée de l'enfer:

« Qui a pénétré dans la double rangée de sa denture!

Qui a ouvert les portes de sa gueule!

Autour de ses dents règne la terreur.

De sa gueule sortent des flammes

*Des étincelles de feu s'en échappent »*¹⁰⁹.

Le mythe du « vagin denté », mythe sexuel très répandu est lié au complexe de castration décrit par Freud, soit l'angoisse de castration inconsciente de l'homme par les organes génitaux de la femme.

Des histoires succubes racontent que des hommes ont eu le sexe tranché et avalé par des femmes à qui ils faisaient l'amour.

66.- Pour le mythe du vampire et du loup garou, la dent constitue un vecteur de contagion des deux états (vampirisme et lycanthropie).

Le fantasme de dévoration est toujours présent et explique en partie l'association dentiste/ douleur.

Citons un extrait de Dracula :

« La bouche ou du moins ce que j'en voyais sous l'énorme moustache avait une expression cruelle et les dents, éclatantes de blancheur, étaient particulièrement pointues; elles avançaient au-dessus des lèvres dont le rouge vif annonçait une vitalité extraordinaire

¹⁰⁸ Lire à ce sujet :

E. BOURBONNAIS « Le symbolisme de la dent au travers de quelques mythes dans leur expression orale, littéraire et picturale. », Université Henri Poincaré de Nancy, Faculté de Chirurgie Dentaire, 2000.

¹⁰⁹ S. KAHEN, « Le Livre de Job » (traduit de l'hébreu), Ed. Slatkine, Coll. Fleuron, 1995, 222p.

Introduction Générale

chez un homme de cet âge »¹¹⁰.

Un exemple dans la littérature pour « enfant », le dentiste est le héros de « Peur sur la ville, le dentiste »¹¹¹ dès 10 ans...

Le « folklore » présenté ici associé à la dent, empreint d'anxiété, se transmet plus ou moins consciemment de génération en génération et explique ce rôle particulier dans la cinématographie et la littérature.

Le dentiste a alors un rôle singulier dans le milieu médical de par l'organe sur lequel il travaille.

67.- De plus la position lors des soins augmente la gêne ressentie.

Quatre espaces concentriques sont définis¹¹², le centre de ces cercles étant le patient

- l'espace intime, compris entre 0 à 45 cm,
- l'espace personnel, de 45 cm à 1,20 m,
- l'espace social, de 1,20 m à 4 m,
- l'espace public au delà de 4 m¹¹³.

Le praticien travaille donc dans l'espace intime.

68.- Dans cet espace intime les dents et le sourire ont une fonction sociale majeure.

Lorsque François Hollande qualifie (selon Valérie Trierweiler¹¹⁴) les pauvres de « *sans-dents* », nous retrouvons l'assimilation d'un édentement à un marqueur social au même titre que la tenue vestimentaire ou le surpoids.

¹¹⁰ B. STOKER, « *Dracula* », Ed. J'ai lu, 1993, 505 p.

¹¹¹ J. JACOBS, « *Peur sur la ville, le dentiste* », Ed. Hachette, Coll. La Bibliothèque Verte, 1999, 123 p.

¹¹² C.M. VALENTIN, « *Interrelations psychiques et organiques* », Réalités cliniques, vol.5, n°2, 1994, p.209-220.

¹¹⁴ Valérie TRIERWEILER, Extrait du livre « *Merci pour le moment* », Ed. Les Arènes, 2014, p 229.

« *En réalité, le président n'aime pas les pauvres. Lui, l'homme de gauche, dit en privé : "les sans-dents" très fier de son trait d'humour* ».

Introduction Générale

D'où le rôle de la santé bucco-dentaire dans les codes et les relations sociales.

69.- D'autre part le patient réalise ce que l'on appelle un transfert avec son dentiste. Il est souvent difficile pour les patients de changer de praticien tant la relation est forte.

Citons un extrait de la revue française de psychanalyse écrit en 1933 par Marie Bonaparte¹¹⁵.

« Mais il n'en reste pas moins que l'engouement régulier du client pour son dentiste, puis son dégrisement tout aussi habituel après qu'il l'a quitté, constituent un petit problème psychologique digne d'être étudié.

Un problème psychologique qui pousse à rester aveuglément chez son praticien, quand bien même les soins, vus de façon objective, sont décevants »¹¹⁶.

Section 2 Une délicate relation d'argent

70.- Depuis l'Antiquité bouche et argent sont liés.

Dans la mythologie Grecque, Charon exigeait un paiement pour laisser les morts passer le Styx (ou Archéron).

A cette fin lors de l'inhumation on plaçait l'obole sous la langue du mort.

Ceux qui ne payaient pas leur tribut étaient condamnés à errer le long des berges pendant 100 ans. Ce psychopompe (guide des âmes des morts) lui-même est soumis à cette règle puisqu'il sera puni pendant un an après avoir laissé passer gratuitement Héraclès.

¹¹⁵ M. BONAPARTE, « *L'homme et son dentiste* », Revue française de psychanalyse, tome VI n°1, 1933, p84-88.

¹¹⁶ De nombreuses études portent sur la peur du dentiste.

Une étude réalisée en Norvège montre que 75% de la population norvégienne n'a pas ou peu peur du dentiste, et que 7% en revanche en a très peur. Elle conclue que la peur est plus répandue chez les femmes et les jeunes.

J .RYTTEN J., O.HOLST et Al, « *100 000 more adults visit the dentist: a few results of november 1989* ». Nor Tannlaegeforen Tid. Juin 1990; 100(10):414-22.

Une étude menée au Brésil montre les mêmes résultats: 17% de la population souffre d'anxiété dentaire, et les femmes ont plus peur.

K. KANEGANE, S. PENHA, M.A. BORSATTI, R.G ROCHA, « *Dental anxiety in an emergency dental service* », Clin. Oral. Investig, Mars 2006; 10(1), p.84-91.

Introduction Générale

Ce mythe illustre ainsi bien l'importance de l'argent dans la vie (et la mort...) des êtres humains.

Dent et Argent sont intimement liés, et ce dès l'enfance dans le mythe de la petite souris qui subtilise une dent de lait par une pièce de monnaie.

La dent de lait est tour à tour synonyme de chance et d'argent¹¹⁷.

La petite souris ou la fée des dents font dès l'enfance le lien dent-argent.

Les dents peuvent être vendues pour une modeste rétribution dans le cas de Fantine¹¹⁸... ou pour une plus conséquente pour le dentier de Churchill¹¹⁹...

71.- Les couronnes en or sont toujours symboliques pour le patient¹²⁰.

Lorsqu'une dent porteuse de couronne est extraite, il n'est pas rare que le patient demande à la conserver, suspectant le praticien de s'enrichir si la dent n'est pas redonnée.

Les patients espèrent revendre cet or, dont la valeur imaginée est souvent bien

¹¹⁷ Le mythe de la petite souris trouverait son origine dans un conte du XVIIIème écrit par la Baronne d'Aulnoy: « La Bonne Petite Souris » dans lequel une fée se transforme en souris pour aider une reine à combattre un roi, en se cachant sous son oreiller puis en lui faisant tomber toutes ses dents.

Dans les coutumes liées à la dent de lait, d'autres traditions veulent qu'elle soit jetée dans la cheminée ou conservée comme un porte bonheur.

¹¹⁸ Victor HUGO, Les Misérables, 1862.

« Fantine depuis la veille avait vieilli de dix ans.- Jésus ! fit Marguerite, qu'est-ce que vous avez Fantine ?- Je n'ai rien, répondit Fantine. Au contraire. Mon enfant ne mourra pas de cette affreuse maladie, faute de secours. Je suis contente. En parlant ainsi, elle montrait à la vieille fille deux napoléons qui brillaient sur la table.- Ah, Jésus Dieu ! dit Marguerite. Mais c'est une fortune ! Où avez-vous eu ces louis d'or ? - Je les ai eus, répondit Fantine. En même temps elle sourit. La chandelle éclairait son visage. C'était un sourire sanglant. Une salive rougeâtre lui souillait le coin des lèvres, et elle avait un trou noir dans la bouche. Les deux dents étaient arrachées. Elle envoya les quarante francs à Montfermeil »

¹¹⁹ BFMtv.com, « Un dentier de Winston Churchill vendu 24.000 dollars », [http://www.bfmtv.com/international/un-dentier-winston-churchill-vendu-24-000-dollars-120194.html], page consultée le 19 juin 2015.

¹²⁰ Les dents rappellent aussi des souvenirs et peuvent avoir une « valeur sentimentale ».

Les patients associent souvent la pose d'une couronne à un événement familial (la couronne faite pour un mariage, l'appareil posé à la suite d'un accident...).

Introduction Générale

supérieure à la somme réelle¹²¹.

Les dents en or, beaucoup moins fréquentes dans la pratique actuelles, ont cependant fait l'objet de convoitise. Les dentistes recrutés dans les camps nazis étaient missionnés pour récupérer l'or dentaire dès la sortie des cadavres des chambres à gaz¹²².

Section 3 Les critères de choix d'un dentiste : Revue de littérature

72.- « Afin de savoir si l'on a choisi un bon dentiste, il faut se référer à sa personnalité, sa présentation, ses compétences, la situation géographique de son cabinet et l'apparence de ce dernier. Un bon dentiste sait rassurer, il est gentil et toujours disponible.(...)

Le cabinet, et plus particulièrement la salle d'attente, doit être agréable et convivial. Son équipement ne devrait pas être obsolète.

Le dentiste idéal est assidu, il se présente à ses patients avec une blouse propre et il change de gants après chaque soin. Il faut porter une attention particulière à la manière dont il fait ses consultations : ses dépistages et ses diagnostics sont-ils réellement pertinents ? Le bon dentiste n'utilise pas un jargon trop technique pour évoquer l'état de son client. Il n'effectue pas non plus des soins précipités, il prend le temps de tout contrôler. Il recommande enfin à ses patients d'être vigilants et attentifs sur l'état de leur dentition... »¹²³.

¹²¹ Le vol d'or dentaire dans les crematoriums a d'ailleurs posé problème. En 2011 en Corée du Sud, pays où la crémation est largement plébiscitée, six employés d'un crematorium ont été arrêtés pour avoir volé et fondu les dents en or de défunts. En Allemagne en 2014 ce sont neuf hommes qui comparaissent pour avoir récolté plus de 31 kilos d'or de 2013 à 2011 dans les cendres des corps qu'ils avaient tout juste brûlés.

Depuis 2003, les crematoriums de Paris font recycler les matériaux précieux récupérés dans les cendres des défunts par une entreprise spécialisée et reversent les sommes récupérées à des associations telles que le collectif Les Morts de la rue.

Cependant la législation est floue sur la propriété de ces résidus, laissant les entreprises funéraires en France relativement libres sur le sujet. L'or des prothèses dentaires, le métal des orthèses ou des prothèses articulaires sont soit collectés (les sociétés d'exploitation des crematoriums ne communiquent pas sur ce sujet et son commerce), soit évacués sous forme de poussière ou gazeuse ce qui est le cas lors de la sublimation du mercure, posant par ailleurs un problème de pollution.

La Norvège a ainsi interdit l'utilisation de l'emploi des amalgames dentaires au mercure depuis janvier 2008 à cet effet.

¹²² Xavier RIAUD, « La pratique dentaire dans les camps du 3^{ième} Reich », Ed. L'Harmattan, Coll. Allemagne d'hier et d'aujourd'hui, Paris 2002.

¹²³ Mes-articles.net, « Les critères à prendre en compte lors du choix d'un dentiste à

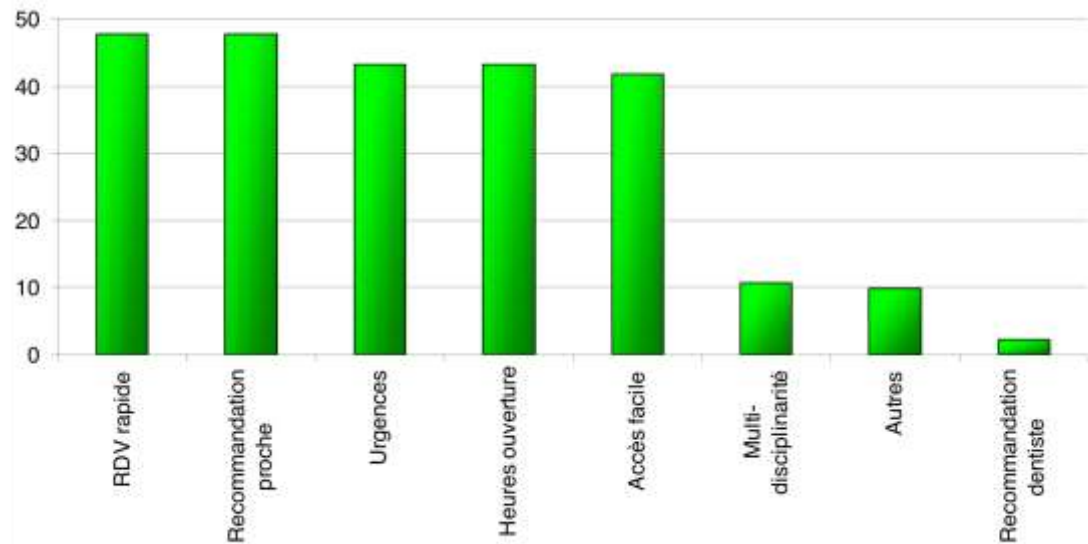
Introduction Générale

Nous noterons comme l'appréciation d'un bon dentiste est subjective et combien il peut être difficile pour un non initié d'apprécier la modernité d'un plateau technique.

Notre expérience montre que le modernisme extrême pour un patient est un plafonnier diffusant une émission de télévision...un moteur afin de réaliser les traitements de racine dernière génération ne suscite que peu d'engouement et d'admiration.

73.- Une analyse intéressante menée en Suisse synthétise les raisons qui poussent un patient à consulter dans un centre plutôt qu'un autre.

Les résultats sont résumés dans le tableau suivant¹²⁴.



Graphique 1: Critères de choix d'un dentiste

Notons que les compétences techniques n'apparaissent pas de façon claire dans les données.

74.- Citons un autre exemple dans une fiche pratique de la CFDT.

Montréal », [<http://www.mes-articles.net/forme-et-sante/les-criteres-%E0-prendre-en-compte-lors-du-choix-dun-dentiste-%E0-montreal.html>], page consultée le 16 Fév. 2012.

¹²⁴ N. ROTTET, « *Etude du support publicitaire, des critères de choix et de la satisfaction des patients de deux centres dentaires* », Institut d'économie et de management de la santé, université de Lausanne, Mémoire n°115, Oct. 2007.

Introduction Générale

« Deux éléments sont fondamentaux : la qualité des soins et les honoraires pratiqués. Pour la qualité, quand on n'est pas du métier, elle est subjective. C'est selon les appréciations de l'un ou l'autre qu'une réputation bonne ou mauvaise peut se faire.

Pour les honoraires, si les tarifs doivent être respectés pour les soins conservateurs et la chirurgie dentaire, les honoraires sont malheureusement libres pour les prothèses »

Dans la rubrique comment choisir ses prothèse il est spécifié que ce volet est surtout *« plus lucratif pour le dentiste, les tarifs étant libres (35% de l'activité, 70% des revenus)»*¹²⁵.

75.- Une étude réalisée en 1990 par M.A. Kelly¹²⁶ analyse les paramètres rendant le patient fidèle à un praticien.

Les auteurs partent du principe que la fidélité d'un patient repose sur sa satisfaction.

Des questionnaires recueillant les raisons qui poussaient les patients à conserver leur dentiste ont été distribués et la réponse très largement majoritaire fut l'honnêteté du praticien.

Sont citées ensuite par les patients la propreté, l'apparence professionnelle, les connaissances dentaires, la douceur, l'écoute, et seulement la qualité du travail.

76.- Le choix d'un dentiste est donc en grande partie conditionné par l'image du cabinet et du praticien puisqu'il est évidemment difficile pour un profane d'apprécier qualitativement le travail fourni.

Le praticien doit posséder les compétences techniques, du moins en donner l'impression, offrir un cadre de soin et être sympathique pour devenir un « bon dentiste ».

Il y a donc une réelle difficulté de paraître honnête. Pour résumer, le « gentil dentiste » ne pose pas de couronnes¹²⁷.

77.- Les artifices prothétiques sonnent parfois dans l'imaginaire collectif comme des artifices mis au point pour enrichir les dentistes.

¹²⁵ CFDT, Fiche pratique sur les dentistes, 4 Avril 2008, [<http://www.cfdt-retraites.fr/Fiche-pratique-sur-les-dentistes>], page consultée le 16 Fév. 2012.

¹²⁶ M.A KELLY, B. LANGE, D.G DUNNING, T.E UNDERHILL, « *Reasons patients stay with a dentist.* », J. Dent. Pract. Adm, Janv. - Mars 1990;7(1), p. 9-15.

¹²⁷ A. AMZALAG, « Codes de la relation dentiste-patient », Ed Elsevier Masson, 2007,p 55.

Introduction Générale

Le poids des soins prothétique est en effet très lourd.

La dépense totale de soins dentaires était de 9,08 milliards d'euros en 2006, se décomposant en 24 % au titre des soins conservateurs et chirurgicaux (détartrage, traitement des caries, extractions, dévitalisation) et en 62 % pour les actes prothétiques (5,6 milliards d'euros)¹²⁸. Le solde couvre les consultations, l'orthodontie et la radiologie dentaire. Cette dépense ne prend pas en compte les honoraires des actes hors nomenclature (implants) dont le montant n'est pas connu de l'administration.

78.- La prothèse dentaire est le symbole qui cristallise toutes les tensions.

Il est le secteur qui permet aux cabinets dentaires de réaliser ses objectifs comptables et d'assurer la rémunération du praticien comme nous le verrons.

Il est aussi le plus grand pourvoyeur de renoncement aux soins.

L'étude de l'IFOP montre que pour 44% des interrogés la pose de prothèse pour compenser les dents absentes ou délabrées relève du domaine esthétique¹²⁹.

Ainsi cela entre dans la catégorie des biens de confort.

79.- D'autre part la population a une approche très subjective des soins à effectuer.

Une étude a analysé la divergence entre besoins objectifs et subjectifs en matière de traitements dentaires¹³⁰.

Des questionnaires ont été distribués à des patients afin de connaître l'évaluation des besoins de traitements dentaires.

Le même type de formulaire a été adressé à leur praticien.

L'analyse montre une grande discordance entre les besoins subjectifs et objectifs de cette population.

Cette étude objective l'importance de la communication entre patient et praticien.

¹²⁸ Autorité de la Concurrence, Avis n° 12-A-06 relatif aux effets sur la concurrence de l'exclusivité de la vente des prothèses dentaires par les chirurgiens-dentistes, 29 février 2012, p. 3-4.

¹²⁹ IFOP pour Capital Image « Les Français et leur chirurgien-dentiste » Août 2007.

¹³⁰ N. LUNDEGREN, B. AXTELIUS, J. HAKANSSON, S. ACKERMAN, « *Dental treatment need among 20 to 25 years old Swedes: discrepancy between subjective and objective need* », Acta. Odontol. Scand. Avril 2004 ; 62(2), p. 91.

Introduction Générale

80.- Le sujet est de plus surexposé médiatiquement et politiquement.

Praticiens et patients ne parlent donc pas le même langage.

Là où le dentiste voit l'intérêt fonctionnel, le patient perçoit l'acte comme du confort, donc parfois superflu.

Chapitre 2 La profession tente de travailler son image.

81.- L'esthétique, la technicité du geste rendent à l'exercice dentaire ses lettres de noblesses.

Marie Bonaparte, en 1933, décrit au travers de la psychanalyse le passage du dentiste castrateur au dentiste rephallisateur pour expliquer la nature du transfert entre les deux parties de la relation.

« Le castrateur, dans le dentiste contemporain, est si largement recouvert par le rephallisateur qu'il disparaît presque au-dessous.

Il suffit d'observer la satisfaction narcissique profonde de tout client à qui son dentiste vient de poser un « inlay » bien adapté ou, mieux encore, une dent de porcelaine bien ajustée et simulant parfaitement une dent naturelle.

Outre le plaisir fonctionnel et rationnel de manger, de mâcher, sur une surface ferme et polie, il y a le plaisir de se sentir redevenu « entier », de découvrir, à son miroir, dans le dernier cas cité, une rangée de dents intégrale et parfaite où la veille manquait un chaînon »¹³¹.

82.- La campagne « Rire manger aimer » menée par le Conseil National de l'Ordre en 2009 pour améliorer l'image du dentiste montre que le regard est différent, et surtout que le corps de la profession réclame une image en adéquation avec la dentisterie d'aujourd'hui.

83.- Cependant le plus grand défi de la profession est de contrer les attaques portant sur ses honoraires trop élevés, qui permettraient un niveau de rémunération indécent selon certains.

Même les représentants des pouvoirs publics contribuent à cette mauvaise image à

¹³¹ M. BONAPARTE, « *L'homme et son dentiste* », Revue française de psychanalyse, tome VI n°1, 1933, p84-88.

Introduction Générale

l'instar de Bernard Kouchner en septembre 2001, alors ministre délégué à la santé auprès de l'Emploi et de la Solidarité. A un dentiste qui le questionne sur la prise en charge des prothèses et des soins dentaires, il aurait répondu: « *Cochons de dentistes! Vous n'êtes pas à plaindre. Je connais vos salaires moyens* »¹³².

Dans la présentation de sa feuille de route pour le redressement économique de la France en 2014¹³³, Arnaud Montebourg alors ministre du redressement productif déclarait vouloir « *restituer 6 milliards d'euros de pouvoir d'achat aux Français* » en attaquant à demi-mot les professionnels de santé. « *De nombreuses professions sont en situation de monopole et captent par leur position des revenus à la population pour des services payés trop chers* ». Les dentistes et prothésistes dentaires sont parmi les rentiers.

Les propos de Thomas Laurenceau, rédacteur en chef de 60 millions de consommateurs, sont ainsi formulés :

« 43 millions d'euros de dépassements d'honoraires. C'est ce qu'ont facturé les chirurgiens-dentistes à leurs patients en 2012, selon 60 millions de consommateurs. Et ce, pour des soins dentaires courants, (détartrage, pose d'amalgames et de composites, dévitalisation et extraction de dents) ».¹³⁴

Les soins cités étant remboursés par l'assurance maladie, la question de la désinformation par les médias se pose.

Nous pouvons donc retenir que le praticien évolue dans un climat de plus en plus suspicieux.

Si les patients sont attachés à leur praticien, une grande partie reste méfiante en raison notamment de différents points tels que :

La tarification des soins dentaires qui peut apparaître opaque ;

L'assimilation de la pratique dentaire à une pratique commerciale (gonflement des honoraires, des soins à effectuer, peur d'être surtraité ;

¹³² Ces propos auraient été tenus lors des journées parlementaires des Verts à Saumur en 2001.

L'intéressé a nié avoir tenu ces propos mais une partie de la profession n'a pas manqué de réagir et de demander sa démission.

¹³³ Feuille de route présentée le 10 juillet 2014 à Bercy.

¹³⁴ « Le Progrès », 26 Nov. 2013.

Introduction Générale

Le manque d'efforts et d'investissements de la part de l'assurance maladie obligatoire.

La profession doit donc exercer en constant contact avec la notion financière, de la détermination, à la présentation, jusqu'au règlement des honoraires.

Une des difficultés principales est ainsi la présence d'acteurs pesant dans la relation de soin tels que les organismes complémentaires ou les centres de soins par exemple.

PARTIE PREMIERE

LA DETERMINATION DU CADRE JURIDIQUE

Première partie : La détermination du cadre juridique

« Les choses n'ont pas de valeur par elles-mêmes ; elles en acquièrent par l'évaluation positive ou négative des individus »¹³⁵.

... Mais quelle évaluation donner à son travail ? Et qui doit réaliser cette évaluation ?

En chirurgie dentaire, le problème de la détermination des honoraires touche essentiellement les soins dits non opposables ou hors nomenclature, les autres soins ayant un tarif fixé par convention.

Nous allons détailler successivement ces différentes catégories d'actes en fonction de leurs modalités de prises en charge puis aborderons la présentation de ces honoraires.

Enfin les organismes obligatoires et complémentaires participant au remboursement de ces soins seront détaillés.

L'objectif de cette première partie est ainsi de définir le cadre juridique de la problématique des honoraires avant d'en discuter les éventuels écueils ou insuffisances dans la seconde partie.

¹³⁵ J. FREUND, Introduction à G. Simmel, « Sociologie et épistémologie », PUF, 1981, 239p.

Titre Premier Le Cadre Textuel

L'analyse des textes permet d'évaluer les différents paramètres entrant dans la détermination des honoraires. Lorsque la nomenclature laisse un champ d'appréciation pour le praticien, différentes références édictent des paramètres pour en fixer le montant.

Chapitre 1 Les Nomenclatures

Section 1 L'intérêt de la mise en place d'une nouvelle nomenclature

84.- Le chirurgien-dentiste utilise dans ses échanges avec le patient et les organismes de prise en charge des cotations issues d'un classement établi avec ces derniers.

L'objectif du classement des actes est de faciliter leur codage et leur remboursement tout en préservant le secret professionnel.

La NGAP a été la première classification mise en place énumérant une grande partie des actes réalisés par les chirurgiens-dentistes.

Cette nomenclature établissait une liste des actes remboursables (en partie ou totalement) par les organismes de Sécurité sociale en précisant les règles générales d'usage des différentes cotations¹³⁶.

Une lettre clé correspondant à une catégorie d'acte et à la qualité du praticien qui l'a effectué était suivie d'un coefficient attribué en fonction de la difficulté de l'acte, définissant ainsi sa valeur.

85.- Cette nomenclature a été remplacée en 2014 par la codification CCAM, voulue plus précise et exhaustive et surtout commune pour tous les praticiens de santé.

Les actes médicaux y sont décrits.

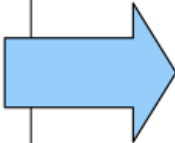
La liste des actes dentaires est plus complète que celle de la NGAP.

¹³⁶ Par exemple, pour les soins de la pulpe et des canaux dentaires, le remboursement ne se fera que si l'obturation a été effectuée à l'aide d'une pâte radio-opaque, ce dans une volonté de contrôle de bonne réalisation des actes, la vérification se faisant à posteriori par les instances compétentes.

Première partie : La détermination du cadre juridique

Le tableau suivant résume les principaux changements attendus.

Tableau 8: Impact du passage de la NGAP à la CCAM¹³⁷

NGAP		CCAM
Sans codage		Codage
Libellé non standardisé		Libellé standardisé
Fréquence des actes approximative		Liste médicale des actes
		Description globale de l'activité dentaire
Lettre clé + coefficient		Actes complémentaires
SC 17 = 40,97		Coefficient majoration HBMD038 = 40,97
Montant des lettres clés paramétrable		Montant calculé par un Module Sésam Vitale
Un seul numéro de dent par acte		Plusieurs numéros de dents possible par acte
Informatique conseillée		Informatique obligatoire
Sésam vitale 1.31		SesamVitale1.40

La CCAM a ainsi remplacé la NGAP jugée obsolète dans sa conception.

En 2007 un groupe de travail avec les différents syndicats représentatifs de chirurgiens-dentistes réalise la relecture des libellés CCAM décrits en 1999 et établit la correspondance des codes CCAM avec la cotation NGAP.

L'avenant 2 conventionnel d'avril 2012 publie les actes en cours de transposition et donne juillet 2013 comme date d'application en dentisterie libérale.

En décembre 2012, l'avenant 3 conventionnel inclut les actes dentaires à la CCAM.

Ils sont classés dans le chapitre 7, 11, 18,19 de la classification globale et représentent 629 actes dont 547 remboursables et 82 non remboursables.

La liste est ainsi voulue exhaustive, contrairement à la NGAP qui ne référençait que les

¹³⁷ P. HUEBER, N. VINOT, « CCAM : quels changements pour nos cabinets dentaires », Synthèse du carrefour professionnel ADF 2012, syndicat des femmes chirurgiens-dentistes.

Première partie : La détermination du cadre juridique

actes pris en compte par le régime obligatoire¹³⁸.

Cinq points sont supposés la caractériser.

1. Principe de « l'acte global » ;
2. Classement par grands appareils et non par spécialités ;
3. Niveau de détail suffisant mais non excessif ;
4. Non mention de la pathologie dans le libellé ;
5. Précision de chaque libellé.

Le principe général est de faire correspondre un acte avec un libellé et un code unique alphanumérique de sept caractères.

Le code décrit la topographie, le geste, l'action et la voie d'accès et s'adjoint d'un code numérique aléatoire.

La corrélation avec un tarif ne se donc fait plus en modulant la valeur de la lettre, un prix global est dès lors fixé.

86.- La principale critique de la NGAP était l'absence d'évolution de la liste des actes pris en charge, la rendant obsolète, et l'inadéquation entre le montant de prise en charge et les coûts de réalisation réels.

La profession espérait avec la CCAM des revalorisations tarifaires apportées et une mise en œuvre plus en accord avec les principes de dentisterie moderne.

Cependant l'engouement est faible pour cette nouvelle liste en raison de quelques aberrations.

87.- Les cotations prévues pour les appareils amovibles en résine par exemple laissent perplexe, ne permettant le remboursement d'un appareil définitif en résine qu'à partir de 9 dents manquantes... Pour les bénéficiaires de la CMU, il faut donc prévoir un appareil amovible comportant une plaque métallique pour obtenir un remboursement, ce qui est parfois inutile et plus coûteux.

88.- L'obsolescence est de plus toujours de mise concernant certains actes.

Pour appuyer nos propos, nous pourrions évoquer le cas d'une reconstitution d'une dent

¹³⁸ En pratique la nomenclature n'est pas totalement exhaustive, oubliant par exemple une cotation spécifique aux bridges sur *onlays*.

Première partie : La détermination du cadre juridique

délabrée par couronne ou par *onlay*¹³⁹.

Les honoraires moyens d'un *onlay* sont de 400 euros.

La sécurité sociale rembourse à hauteur de 40,97 euros sa réalisation en céramique pour trois faces de la dent, soit 10% du volume des honoraires.

Pour une couronne les honoraires moyens sont de 600 euros.

Elle est remboursée à hauteur de 107,50 euros soit 17% du montant demandé.

Ces deux prises en charge étaient similaires en NGAP.

Proportionnellement, la sécurité sociale rembourse mieux une technique parfois plus mutilante, pouvant imposer de dévitaliser la dent, et dont la pérennité n'est pas meilleure.

De plus le remboursement par l'assurance maladie complémentaire est souvent proportionnel à celui de l'assurance obligatoire.

Le plus souvent le reste à charge est vraiment plus important pour un *onlay* que pour une couronne.

Les patients demandent ainsi souvent un traitement occasionnant le reste à charge le moins important, et le praticien cède parfois, proposant une couronne.

Il s'agit d'une mutilation, avec la complicité à demi-mot de la Sécurité sociale.

Notons qu'il n'a jamais été retrouvé de décisions reprochant à un praticien d'avoir mutilé une dent en raison du choix d'une couronne plutôt que d'un *onlay*, et pourtant cette pratique est journalière dans les cabinets dentaires. Les praticiens font des compromis...

La préservation tissulaire pourtant validée scientifiquement n'a pas trouvé son écho lors de la mise en place de la CCAM, les patients sont les premiers perdants.

Le caractère remboursé ou non est totalement déconnecté du service médical rendu.

Saluons tout de même l'effort de revalorisation sur certains soins conservateurs, même

¹³⁹ La dentisterie tend aujourd'hui à la préservation tissulaire maximale par opposition aux concepts de taille décrits par Black au début du siècle dernier imposant la réalisation de cavité très rétentives et très mutilante. Cette révolution a été permise par l'arrivée sur le marché de nouveaux produits d'adhésion. Un *onlay* est une reconstitution partielle de la dent réalisée par le prothésiste collée sur les substances dentaires résiduelles.

Première partie : La détermination du cadre juridique

mineur, la prise en charge d'actes nouveaux tels que l'évacuation d'abcès parodontal¹⁴⁰...
Il faut cependant déplorer la disparition de remboursement pour d'autres actes.

Le cas du déremboursement du bridge sur implant a notamment posé problème pour les devis établis avant le passage en CCAM¹⁴¹.

89.- Des ajustements sont attendus en théorie...

La déconnexion entre les principes d'une dentisterie moderne de qualité et la classification des actes selon la sécurité sociale est désarmante.

La nomenclature n'est donc pas satisfaisante pour le praticien.

Cependant étrangement, même si son adhésion au système par conventionnement n'est pas obligatoire, l'ensemble de la profession a pourtant signé ce « partenariat »...

Section 2 Les conventions d'exercice

90.- Le conventionnement est une procédure volontaire par laquelle le praticien s'engage à appliquer les tarifs en convention, en l'échange de quoi le patient disposera d'une prise en charge.

Des conventions nationales régissent, « *pour une durée égale au plus à cinq ans*», les rapports entre organismes d'assurances maladie et médecins généralistes, médecins spécialistes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, directeurs de laboratoires privés d'analyse médicale, et enfin

¹⁴⁰ L'évacuation d'abcès parodontal consiste en un drainage mécanique et une désinfection d'une collection suppurée liée à une infection des tissus de soutien dentaires. Absente de la NGAP, elle est cotée par la CCAM par HBJD 001 (40 euros contre 23 euros pour une consultation durant souvent plus de dix minutes !).

Le temps de travail nécessaire pour cet acte dépasse rarement dix minutes.

¹⁴¹ Les bridges dento portés sont par opposition remboursés, sans qu'ils soient plus fiables.

Le taux de succès des prothèses plurales implanto portées est en effet de 97% à 10 ans. A. PARA, « *Étude de la survie et des complications à long terme des prothèses fixes combinées implanto-dento-portées : revue de la littérature* », Actual. Odonto-Stomatol, n°255, Sept. 2011.

Comment expliquer que deux couronnes sur implant soient remboursées lorsqu'elles sont unitaires mais plus lorsqu'elles font partie d'un bridge alors que les constituants sont les mêmes ?

Première partie : La détermination du cadre juridique

entreprises de transport sanitaire »¹⁴².

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) négocie avec les organisations syndicales réputées représentatives au niveau national¹⁴³.

La convention négociée est ensuite validée par un arrêté des ministres concernés.

La sanction des pouvoirs publics par ce biais lui donne sa force obligatoire.

La représentativité temporelle des syndicats est primordiale pour la légalité de ces conventions types.

Les critères pris en compte pour ces syndicats sont l'« *indépendance, une ancienneté minimale de deux ans à compter de la date de dépôt légal des statuts, de leurs effectifs et de leur audience* »¹⁴⁴.

En théorie la profession peut donc se faire entendre, mais ces réclamations ne trouvent qu'un faible écho.

Les conventions déterminent les obligations respectives des Caisses primaires d'Assurance maladie et des praticiens d'exercice libéral et les conditions de l'exercice de la dentisterie, dont la fixation des tarifs applicables aux actes et prescriptions des praticiens et les éventuels dépassements d'honoraires.

Les bases de la tarification relèvent par contre du pouvoir réglementaire, à savoir de l'UNCAM selon les modalités visées à l'article L. 162-1-7 du Code de la sécurité sociale, qui est seule compétente pour arrêter le montant de la prise en charge attribuée à une cotation.

Le chirurgien-dentiste conventionné s'engage donc à dispenser des actes dits opposables¹⁴⁵ au tarif plafonné.

¹⁴² CSS, article L. 162-14-1

¹⁴³ CSS, article L. 162-33

Lire à ce sujet :

P. COURSIER, « *La réforme structurelle de l'assurance maladie* », Petites affiches, 03 mars 2005 n° 44, p. 9.

¹⁴⁴ CSS, article L. 162-33.

¹⁴⁵ L'opposabilité se définit comme le rayonnement d'un acte ou d'un jugement à l'égard de ceux qui n'y ont été ni parties ni représentés (Lexique des termes juridiques, 21^{ème} Edition, Dalloz, 2014).

Les chirurgiens-dentistes ont cependant été représentés par la voie syndicale lors des

Première partie : La détermination du cadre juridique

Sa liberté tarifaire sur ces actes est nulle. En compensation, il dispose d'actes sur lesquels il peut déterminer librement ses honoraires.

91.- Lorsque le praticien est déconventionné le patient sera alors remboursé en fonction du tarif d'autorité, bien en deçà de la base de remboursement¹⁴⁶.

92.- Le conventionnement ne nécessite pas de contreparties autres que financières contrairement à d'autres territoires.

En Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française, les organismes compétents subordonnent le conventionnement à l'installation du praticien dans les zones professionnellement négligées, ce qui permet de capitaliser des points permettant d'être conventionnés ensuite au lieu de son choix.

Pour le Commissaire du gouvernement Le Chatelier, l'objectif n'était pas d'« *instituer un authentique régime contractuel* », mais « *seulement souhaiter que l'intervention du pouvoir réglementaire soit précédée d'une négociation entre les caisses nationales d'assurance maladie et les professions de santé* »¹⁴⁷.

93.- Le conventionnement peut aussi être envisagé comme une assurance pour le praticien d'avoir une patientèle.

En effet un des objectifs des usagers du système de santé est de minimiser les coûts, d'autant que l'assuré cotise en partie pour cette prise en charge.

94.- Cependant la contrepartie n'est en réalité pas seulement financière, elle impose des règles et des contrôles des pratiques.

L'Etat dispose alors d'une offre de soin contrôlée (prix, quantités offertes, pouvoir de

négociations conventionnelles, même si la portée de cette voie est minime...

¹⁴⁶ CSS, Article L. 162-5-10.

¹⁴⁷ G. LE CHATELIER, concl. CE 17 décembre 1993, Groupement national des établissements de gérontologie et de retraite privée et autres ; C. MAUGÛE, concl. sur CE 20 décembre 1995, Collectif national Kiné-France, Syndicat national des masseurs-kinésithérapeutes-rééducateurs, *A.J.D.A.* 1996, p.139.

Première partie : La détermination du cadre juridique

sanction) et a délégué les coûts de mise en place de cette offre¹⁴⁸.

D'autres avantages sociaux et financiers sont avancés pour le praticien dans son exercice quotidien¹⁴⁹.

Le patient cherchant à diminuer son reste à charge, tendra naturellement à consulter un praticien conventionné.

C'est donc un conventionnement « alimentaire » plutôt que d'adhésion.

Selon Perle-Marie Pradel, « *le système des conventions médicales se démarque par ses détours, et parvient à dicter ses conditions aux professionnels de santé tout en leur laissant croire qu'ils sont libres* »¹⁵⁰.

Elle décrit le conventionnement des médecins comme une « *contrainte supportable, mais infligée de manière constante* », ce que la pratique dans les cabinets dentaires confirme.

Très peu de chirurgiens-dentistes sont déconventionnés.

Ces praticiens sont surtout ceux ayant une pratique de spécialiste, notamment pour l'endodontie ou la parodontie, ces derniers ne pratiquant que peu d'actes pris en charge¹⁵¹.

L'endodontiste va principalement au contraire réaliser des actes inscrits à la nomenclature mais le tarif fixé par l'assurance maladie est tellement bas que les soins sont réalisés à perte.

Certains prennent donc l'initiative de déterminer librement leurs honoraires et sortent de la convention.

Nous étudierons plus loin le cas particulier de l'endodontie.

¹⁴⁸ P-M. PRADEL, *Le médecin libéral face au service public de Sécurité Sociale* Université d'Angers. UFR de droit, d'économie et de gestion, 2010, p14.

¹⁴⁹ Des avantages en matière de charges sociales, une aide à l'informatisation et à la transmission, l'incitation à l'installation, une indemnisation de la formation professionnelle conventionnelle, une mise à disposition gratuite des formulaires de facturation.

¹⁵⁰ Perle Marie PRADEL, *Le médecin libéral face au service public de Sécurité Sociale* Université d'Angers. UFR de droit, d'économie et de gestion, 2010, p9.

¹⁵¹ Au 1^{er} Juillet 2015, seuls 115 praticiens étaient recensés comme déconventionnés sur Ameli-direct.fr dont 90 à Paris ou à proximité.

Première partie : La détermination du cadre juridique

Section 2 La qualification des actes en fonction de leur remboursement

95.- La CCAM permet, comme la NGAP, de distinguer des actes opposables dont le tarif est fixé par convention ainsi que des actes non opposables ou à honoraires libre laissant l'impression de liberté dans la fixation des honoraires présentés au patient.

§ 1 Les actes opposables

96.- Le terme opposable fait référence à l'obligation qu'ont les professionnels d'appliquer le tarif de responsabilité prévu par la Sécurité sociale lorsqu'ils sont signataires de la convention conformément à l'acceptation juridique du terme.

Ces cotations ne peuvent en effet être méconnues ou contournées.

A/ Le principe

Le prix est donc fixé par convention sans que le praticien ne puisse déroger à cette règle lorsqu'il est conventionné.

Il s'agit par exemple du détartrage coté HBJD001 équivalent à 28,92 euros

Le dépassement d'honoraires est impossible, quel que soit le volume de tartre ou le nombre dent à traiter.

Toutefois, certaines conditions peuvent permettre de déroger à ce principe.

B/ La tolérance des dépassements

97.- Les actes opposables peuvent être contournés par le déconventionnement comme nous l'avons évoqué ou par les dépassements autorisés sur ces actes dont le recours est encadré.

Afin de dresser une description totale nous évoquerons également les dispositions ne concernant que les médecins.

a) Les circonstances de l'acte médical

Première partie : La détermination du cadre juridique

98.- L'exigence particulière du patient concerne les médecins du secteur 1 et les chirurgiens-dentistes et peut donner lieu à des dépassements pour exigences exceptionnelles de temps et de lieu.

Par exemple un soin en dehors des horaires habituelles du cabinet à la demande du patient peut donner lieu à une majoration (soins après 20h, le dimanche...) ou des soins réalisés au domicile du patient sans justifications médicales réelles.

b) Le statut du médecin

99.- Le dépassement permanent (DP) est un droit permanent octroyé à certains médecins en fonction de leur notoriété lors de la création des tarifs conventionnels opposables.

Les médecins du secteur 2 ont des honoraires libres.

Les dépassements des spécialistes de ce secteur constituent 69% du total des dépassements¹⁵².

Chez les médecins les conditions d'accès aux dépassements ont fluctué dans le temps, aboutissant ainsi des situations très hétérogènes¹⁵³.

En chirurgie dentaire les conditions d'attribution du droit au dépassement permanent sont prévues aux articles 18, 23 et à l'annexe VI de la convention nationale des chirurgiens-dentistes.

¹⁵² Rapport de la Cour des comptes, Chapitre VIII, « Les médecins libéraux : démographie, revenus et parcours de soins », 2007, p. 219.

¹⁵³ Le secteur 2 a été ouvert en 1980 à tous les spécialistes. Les honoraires sont libres dans la limite du « tact et mesure ». Il a été réservé à partir de 1990 aux anciens chefs de clinique.

En 2012, 75% des médecins libéraux exerçaient en secteur 1.

42% des médecins spécialistes et 6% des généralistes exerçaient en secteur 2. (Fiche thématique du CISS n° 44, « L'exercice libéral de la médecine - Honoraires médicaux et taux de prise en charge par l'Assurance maladie », 2015).

Les syndicats représentatifs de médecins, se sont prononcés en faveur de la création d'un secteur optionnel (SO), dans le protocole d'accord tripartite du 19 octobre 2009.

Ce secteur devrait permettre à certains des praticiens du secteur 1, remplissant les conditions pour accéder au secteur 2, d'obtenir une majoration d'honoraires pour une partie de leurs actes.

Le médecin adhérent au SO devait s'engager à réaliser au moins 30% de ses actes au tarif opposable et pour les autres actes à limiter les compléments d'honoraires à 50% du tarif opposable.

Première partie : La détermination du cadre juridique

100.- Les dernières exceptions permettant le dépassement pour des actes pris en charge par la sécurité sociale résultent à la fois du statut du médecin et de la position de l'assuré dans le parcours de soins coordonné :

- DM : dépassements maîtrisés pour les médecins de secteur 2
- DA : dépassements autorisés pour les médecins de secteur 1 en cas de non respect du parcours de soins. La majoration d'un euro s'applique.

101.- Notons par ailleurs que, bien que la loi de 1999 instaurant la CMU l'interdise, des dépassements d'honoraires sont parfois tarifés aux bénéficiaires, en toute illégalité. 1,6% des consultations ont donné lieu à dépassements d'honoraires avec une concentration dans certaines régions (Ile-de-France, Rhône Alpes)¹⁵⁴.

102.- Certains soins pourtant opposables, bénéficient cependant d'une tolérance quant au dépassement d'honoraire en dehors des conditions précitées.

Nous pouvons évoquer les traitements endodontiques (ou traitements de racine) qui, bien que côtés comme soins conservateurs, peuvent faire l'objet d'un dépassement.

Nous étudierons par la suite les raisons de cette exception.

§ 2 Les actes non opposables

103.- Les actes non opposables figurent dans la nomenclature mais les honoraires ne sont pas limités par le tarif de responsabilité de l'assurance maladie, ils bénéficient toutefois d'une prise en charge minimale.

Ce sont des actes à entente directe.

La notion d'entente directe est définie dans la convention de 2006, à l'article 4.2.1

¹⁵⁴ IGAS, « Rapports sur les dépassements d'honoraires médicaux », présenté par P. ABALLEA, F.BARTOLI, L. ESLOUS, I. YENI, Mars 2007, p. 28.

Les médias ont fait état plus récemment de praticiens imposant de dépassement d'honoraires à ces bénéficiaires.

Le Monde.fr, L. CLAVREUL, « Plus de 700 médecins imposent aux plus pauvres des dépassements d'honoraires », 5 Oct. 2013, [http://www.lemonde.fr/sante/article/2013/10/05/plus-de-700-medecins-imposent-aux-plus-pauvres-des-depassements-d-honoraires_3490469_1651302.html], page consultée le 10 Août 2015.

Première partie : La détermination du cadre juridique

« Les tarifs d'honoraires des soins prothétiques et orthodontiques peuvent faire l'objet d'une entente directe avec le patient dans les conditions fixées ci-dessous :

« 1. Entente directe: Un devis doit être établi par le chirurgien-dentiste, dans les conditions prévues à l'article ci-dessous. En cas d'entente directe, la caisse ne prend pas en charge le montant des honoraires supplémentaires. Le chirurgien-dentiste porte alors la mention « ED » sur la feuille de soins et de traitements bucco-dentaires à la suite de l'indication du montant des honoraires perçus. »

Une non opposabilité des honoraires a été mise en place en 1986¹⁵⁵ sur les soins prothétiques et orthodontiques dans le but de compenser le plafonnement des actes opposables précédemment évoqués.

§3 Les actes non remboursables.

104.- Les actes non remboursables ne bénéficient d'aucune prise en charge.

Il s'agit par exemple d'un éclaircissement dentaire que la sécurité sociale considère comme soin de confort.

Cet acte est inscrit dans la liste de la CCAM mais est présenté comme non pris en charge (NPC).

Ils peuvent également être inscrits comme remboursables mais ne pas remplir les conditions d'applications de prise en charge.

Il pourrait s'agir par exemple d'un appareil amovible réalisé très récemment et perdu par le patient. L'assurance maladie refusera alors de le rembourser une seconde fois.

L'acte pourtant inscrit à la nomenclature ne sera pas pris en charge.

Le même cas se pose lors de l'échec d'une restauration d'une dent cariée, la sécurité sociale ne rembourse pas l'acte une seconde fois.

Certains actes sont inscrits comme non pris en charge mais peuvent dans certains cas très encadrés donner lieu à une prise en charge partielle par l'assurance maladie.

C'est le cas de l'implantologie.

¹⁵⁵ Ordonnance n° 86-1243 du 1er décembre 1986.

Première partie : La détermination du cadre juridique

Le traitement implantaire est non pris en charge dans la majorité des cas. Il peut toutefois donner lieu à une prise en charge pour des agénésies multiples¹⁵⁶.

105.- Les gestes non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire sont majoritairement des actes de prévention, de parodontologie ou d'esthétique.

Leur absence de prise en charge n'est cependant aucunement corrélée à leurs degrés d'utilité médicale.

Si l'éclaircissement dentaire ou les injections d'acide hyaluronique sont des actes essentiellement esthétiques, les couronnes transitoires par exemple sont un impératif fonctionnel.

Leur réalisation est dans la majeure partie des cas une garantie de résultat final de qualité et aucun enseignement de prothèse ne déroge à cette règle.

Les implants sont dans le même cas, seule la prothèse fixée qui les recouvre figure à la nomenclature.

Il en est de même pour les surfaçages, dont l'utilité dans le traitement du déchaussement est prouvée dans la littérature depuis plus de cinquante ans.

Le barème de prise en charge semble pour le moins incohérent et non conforme aux données acquises de la science.

La sécurité sociale a pour vocation d'offrir un accès aux soins égalitaire et de qualité à chaque affilié.

¹⁵⁶ Une sensible évolution a eu lieu concernant les remboursements de soins implantaires avec les sections IV et V de la NGAP :

- *Agénésies dentaires multiples chez l'enfant* créée par décision de l'UNCAM, 03 Avril 2007- *Agénésies dentaires multiples chez l'adulte* créée par décision de l'UNCAM, 28 Sept. 2011 et modifiée par décision UNCAM du 02 Oct. 2012.

La prise en charge d'implants dentaires est intégrée mais ces situations d'agénésies sont très marginales (fréquence de l'oligodontie isolée :0,090 %, fréquence de l'oligodontie associée à une dysplasie ectodermique entre 0,0090 % et 0,045 %)

B. BERGENDAL,J. NORDERYD,M. BAGESUND,A. HOLST, « *Signs and symptoms from ectodermal organs in young Swedish individuals with oligodontia* », Int J Paediatr Dent 2006; 16(5), p.320-326.

Doit-on y voir une volonté d'appliquer à des situations plus courantes une participation de l'assurance maladie pour un traitement de qualité?

Première partie : La détermination du cadre juridique

Si l'on peut accepter que les actes esthétiques ne soient pas dans la liste, il est inconcevable que des surfaçages ou des prothèses provisoires n'ouvrent pas droit à une participation ne serait-ce que minime.

Permettre un remboursement rationnel semble être un préambule logique... La refonte de la liste d'acte par la CCAM n'a pas amélioré ce point, décevant la profession.

Chapitre 2 La liberté tarifaire

La profession, majoritairement libérale comme nous l'avons vu, est très attachée à cette possibilité qui permet de valoriser l'acte en question.

Nous verrons cependant qu'il ne s'agit pas seulement de rétribuer un acte à sa juste valeur mais que certains soins à honoraires libres ont une fonction comptable primordiale pour l'équilibre économique du cabinet dentaire.

Section 1 La justification

106.- Il existe une discordance importante entre valorisation des actes et temps passé. Les soins conservateurs et chirurgicaux constituent la part prépondérante de l'activité mais ne représentent qu'une part limitée de leurs honoraires. Les prothèses ont représenté 58 % des honoraires totaux en 2012 et 12,6 % de l'activité¹⁵⁷.

Selon la Cour des comptes¹⁵⁸ :

« Sur la base du constat ancien et consensuel d'une insuffisante rémunération des soins conservateurs et chirurgicaux au regard de la charge de travail qu'ils représentent, la convention de 2006 les a revalorisés en moyenne de 30 %. (...). Cette revalorisation n'a pas privilégié les soins conservateurs les plus précoces (...) mais des soins (...) qui constituent souvent des actes pré prothétiques (dévitalisations) ainsi que les extractions ».

Le volume des soins n'est donc absolument pas corrélé aux honoraires qu'ils

¹⁵⁷ CNSD, Consommation des soins dentaires, Fiche actualisée Juill. 2015, [http://www.cnsd.fr/images/PDF/cnsd/2015_07_23_chirurgiens_dentistes_donnees_chiffrees.pdf], page consultée le 10 Août 2015.

¹⁵⁸ Cour des Comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Chapitre 13, p 317 et suivantes, Sept. 2010.

Première partie : La détermination du cadre juridique

rapportent.

Le communiqué du 12 mars 2012 de l'Autorité de la concurrence dénonce à nouveau cette distorsion¹⁵⁹.

Environ 49,7% des honoraires des chirurgiens-dentistes sont constitués de dépassements en 2008 contre 46,4 en 1995¹⁶⁰.

Les actes dits à entente directe ou à honoraires libres sont donc les plus rémunérateurs pour un minimum de temps.

Les prothèses sont souvent stigmatisées comme source d'une marge, voire d'une rente excessive pour le chirurgien-dentiste.

107.- Selon le rapport de l'Autorité de la Concurrence du 29 février 2012 « la marge commerciale est estimée à partir de la différence entre le prix d'achat de la prothèse par le chirurgien-dentiste et son prix de revente, assimilé au prix de l'acte prothétique facturé au patient ».

Une note sur les dispositifs médicaux du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie¹⁶¹ montre un écart significatif, quel que soit le type de prothèse dentaire, entre le prix moyen du prothésiste et les honoraires prothétiques moyens.

Cet écart est compris entre 4 et 6,6 fois le coût d'achat, selon le type de prothèse¹⁶².

¹⁵⁹ Autorité de la Concurrence, Avis 12-A-06 relatif aux effets sur la concurrence de l'exclusivité de la vente des prothèses dentaires par les chirurgiens-dentistes, 29 fév. 2012.

¹⁶⁰ Commission des Comptes de la sécurité sociale, *Eclairage maladie démographie, activité et revenus des chirurgiens-dentistes*, Juin 2010, p 126.

¹⁶¹ Note HCAAM sur les dispositifs médicaux, Mai 2008, p. 61.

¹⁶² *Ibidem* p.63.

Première partie : La détermination du cadre juridique

Tableau 9: Ratios des honoraires prothétiques et du coût moyen des prothèses

Prothèse dentaire	Prix moyen prothésiste (€) (1)	Prix moyen praticien (€) (2)	Ratio (2/1)
Couronne métallique	68	275 à 365	4 à 5,4
Couronne céramique	115	535 à 760	4,7 à 6,6
Inlay-core	45	120	2,7
Inlay-core à clavette	64	335	5,2
Appareil dentaire complet (14 dents)	130 à 230	760 à 1520	5,8 à 6,6
Bridge de 3 éléments			
- Métallique	205	915 à 1220	4,5 à 6
- céramique	345	1 600 à 2 290	4,6 à 6,6

Selon une enquête du magazine Capital de décembre 2009¹⁶³, la « marge » réalisée pour des couronnes importées de Chine découlerait d'un prix sortie d'usine de 10 euros, d'un prix facturé par l'importateur au dentiste de 50 euros, avec une amplitude comprise entre 30 et 70 euros, d'un prix moyen de la prothèse payé par le patient de 550 euros.

Le ratio de marge brute serait donc environ le double de celui constaté pour les couronnes céramiques de fabrication nationale (de 4,7 à 6,6).

L'importation, et donc la baisse des coûts pour le praticien, ne se répercute pas sur la facturation au patient.

La marge sur les actes prothétiques peut donc augmenter, les praticiens tentant de justifier la non répercussion par l'augmentation globale des charges de l'entreprise.

108.- Les soins sont-ils cependant aussi peu valorisés que la profession le dit ou les praticiens cherchent-ils une excuse à des marges prohibitives ? Les comparaisons européennes montrent que les soins sont beaucoup moins rémunérés que dans d'autres pays.

La Cour des comptes avait déjà mis en évidence ces disparités dans un rapport dont les données datent de 1998.

¹⁶³ Dossier spécial « *Le scandale des prothèses dentaires* » Capital, n° 219, Déc. 2009, p. 104.

Première partie : La détermination du cadre juridique

Tableau 10 : Valorisation des soins prothétiques¹⁶⁴.

Prothèse	Allemagne	France	Danemark	Pays-Bas
Prothèse amovible complète	100	251	139	77
Couronne céramique	100	199	178	100
Bridge 3 éléments, métal/résine	100	278	264	144
Bridge 3 éléments, céramique/métal	100	177	158	81

Pour un même type d'actes prothétiques les prix nationaux sont généralement supérieurs à ceux constatés au niveau européen, l'écart étant plus marqué avec l'Allemagne et les Pays-Bas qu'avec le Danemark¹⁶⁵.

Il est à noter que la valorisation des soins en Allemagne est plus importante qu'en France illustrant que le gonflement des honoraires prothétique est en grande partie lié à la perte générée par les actes opposables¹⁶⁶.

Le prix des soins effectués en France est en effet très en deçà des tarifs observés pour des actes similaires pratiqués dans l'Union européenne :

La CNSD a diffusé une synthèse des différences d'honoraires, mettant en évidence la faible rémunération des soins français, systématiquement moins chers que dans l'union européenne¹⁶⁷.

Les cases bleues sont les soins les moins chers d'Europe, les rouges les plus chers...

¹⁶⁴ Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2010, chapitre XIII: les soins dentaires, La Documentation française, septembre 2010, p. 344.

¹⁶⁵ *Ibidem* p. 343.

¹⁶⁶ Note HCAAM sur les dispositifs médicaux, Mai 2008, p. 62.

¹⁶⁷ Les honoraires des soins sont même moins importants qu'en Hongrie, principale destination du tourisme dentaire comme nous l'évoquerons par la suite.

CNSD, « Les tarifs des soins dentaires en Europe », 8 Octobre 2014.

[http://www.cnsd.fr/images/PDF/cnsd/2014_10_08_4pages-cdf-tarifs-soins-europe.pdf], page consultée le 11 Août 2015.

Première partie : La détermination du cadre juridique

	All.	Autriche	Belg.	Danemark	Esp.	France	G ^{ues} -Bretagne	Hongrie	Italie	Luxem.	Pays-Bas	Portugal	Suède	Tchéquie
CONSULTATIONS														
Diagnostic rapide*	16					Gratuit	40			10	13			
Consultation (1)	33	49	21,31	31		23				28			70	114
Radiographie panoramique	58	70	38	120	60	21,28		50		60	62		52	32
Radiographie rétroalvéolaire	20	13	11	17		7,98				24	15		5	14
SOINS DE PREVENTION														
Anesthésie***	18					Gratuite	40	20		10	13			
Détartrage	90	72	27,46	38	80	28,92	45	50	75	28	78	80	38	115
Fluoruration	30					Hono. Libres								
Scellement de sillons	60	39	13	31		21,69								
SOINS CONSERVATEURS														
Coiffage pulpaire indirect	21					Gratuit				14	15			
Amalgame 1 face	71	37	29,41	31	55	19,28		66		33			58	45
Amalgame 2 faces	106	61	44,12	43	80	33,74				42		65	91	45
Amalgame 3 faces	121	82	58,83	69		40,97	53					90	108	45
Mordançage	19					Gratuit					21			
Collage	16					Gratuit								
Composite 1 face***	80	70	40,90	56	55	19,28		66	175			50	74	60
Composite 2 faces***	106	100	55,61	70	80	33,74	107	80	250		34		109	60
Composite 3 faces***	155	134	70,32	80	125	40,97	200	80		135	44	100	143	60
Obturation 1 face dent de lait						19,28								
Obturation 2 faces dent de lait	115					33,74								
Obturation 3 faces dent de lait						40,97								
Reconstitution foulée à ancrage	150					79,53								
ENDODONTIE														
Test de vitalité	6					Gratuit								
Pose du champ opératoire	8,41		8			Gratuit								
Ouverture de la dent	9					Gratuit								
Extripation du contenu canalair (par canal)	14					Gratuit								
Alésage canalair	36					Gratuit								
Désinfection canalair	9					Gratuit								
Obturation canalair (par canal)	39													
Traitement canalair (1 canal)	110	88	83,80	47		33,74		100		55		60	264	58
Traitement canalair (2 canaux)	140	123	100,94	93		48,20		198		97	180		264	115
Traitement canalair (3 canaux)	160	188	152,37	140	170	81,94	200	297					321	173
Pansement provisoire						Gratuit								
CHIRURGIE														
Extraction simple**	81	64	35,81	55	30	33,44		45					66	48
Extraction avec alveolectomie	70					33,44		120						
Extraction dent ectopique						167,20				346				
Extraction dent incluse	150	150	88	134		83,60		170		165			163	148
Amputation radiculaire	38					Hono. Libres								
Hémostase	43					19,20								
Soins post extraction	17					Gratuit								
Incision abcès	33					Gratuit								
Implant	900					Hono. Libres		700						
Pilier implantaire						Hono. Libres		200						

Première partie : La détermination du cadre juridique

Même si cette grille n'est pas tout à fait partielle, elle met en lumière les distorsions en Europe.

109.- La convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes et l'Assurance Maladie du 11 mai 2006 a revalorisé les lettres clés des actes conservateurs et chirurgicaux pour la première fois depuis 1998.

La volonté était de limiter l'écart important entre des actes très faiblement rémunérés et d'autres plus rentables, et ainsi d'éviter l'envolement du reste à charge pour les patients.

La contrepartie de ces revalorisations était une tentative de maîtrise des honoraires prothétiques restée sans suite (1997) ou peu contraignante (2006).

La convention de 1997 envisageait déjà la fixation d'honoraires de référence de certains soins prothétiques, associée à un plafonnement¹⁶⁸.

110.- La Cour des comptes a observé « une poursuite de la progression des dépassements sur les soins prothétiques avec un taux de croissance annuel de 3,4 % en 2007, puis de 3,8 % en 2008, principalement imputable à la hausse des prix moyens puisque l'activité stagnait en volume »¹⁶⁹. La part des dépassements dans les honoraires de soins prothétiques est passée de 70,7 % en 2006 à 72,2 % en 2008.

Elle décrit des facteurs objectifs de différenciation, comme la « *qualité des matériaux* » ou « *la difficulté relative de la tâche* » mais cible également des facteurs extra-médicaux tels que la « *notoriété* » du praticien, le « *quartier où il exerce* », le « *niveau de revenu du patient* », et enfin le niveau de prise en charge par l'assurance maladie complémentaire, qui tirerait les prix à la hausse.

111.- Ces actes étant partiellement remboursés, le reste à charge est important pour les ménages pour des actes demandant le moins de temps, provoquant parfois l'incompréhension des patients.

Ces derniers sont au final les perdants de cette liberté tarifaire acceptée par les

¹⁶⁸ Variation de 50 % autorisée par rapport au référentiel.

¹⁶⁹ Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2010, chapitre XIII: les soins dentaires, La Documentation française, septembre 2010, p 340.

Première partie : La détermination du cadre juridique

praticiens en échange de leur consentement tacite à réaliser des soins opposables à perte.

Les patients ignorant la contrepartie réalisée, les chirurgiens-dentistes deviennent des rentiers...

En effet en terme de revenus, les soins conservateurs dans leur grande majorité opposables représentent 24% des revenus contre 65% pour les soins prothétiques à honoraires libres¹⁷⁰.

§1 Le traitement de racine et son déficit

112.- Nous évoquons la faiblesse des honoraires des actes opposables précédemment.

Le cas de l'endodontie est frappant.

En Europe, les chirurgiens-dentistes sont les moins bien rémunérés pour ce type d'acte.

Rappelons les préparations garantes d'une dévitalisation de qualité:

- la pose d'un champ opératoire¹⁷¹ ;
- la reconstitution de la cavité d'accès;
- l'irrigation pendant au minimum 15 minutes (du temps financièrement non productif)

Ces actes ne sont pas rémunérés (donc souvent oubliées lors du geste)¹⁷².

¹⁷⁰ Note HCAAM sur les dispositifs médicaux, Mai 2008, p. 62.

¹⁷¹ A titre d'exemple, pour la digue, « d'après les estimations de consommation issues des fournisseurs dentaires, seuls 5 % des chirurgiens-dentistes français utilisent ce moyen universellement reconnu pour prévenir la contamination de l'endodonte par la salive lors des traitements canalaires ».

Y. BOUCHER, « Parodontite apicale et mauvais traitement endodontique, état d'urgence », Rev Odont Stomat 2005;34, p. 205-217.

¹⁷² Recommandations de base pour un traitement endodontique satisfaisant :

Isolation du champ opératoire par la pose d'une digue

Mise en en forme mécanique permettant le débridement et l'élimination du tissu pulpaire jusqu'à l'apex et Irrigation avec une solution antiseptique et solvante du tissu pulpaire

Séchage et enduction des parois canalaires avec un ciment d'obturation

Compaction de gutta percha dans l'endodonte

Contrôle radiographique de l'obturation qui doit remplir l'endodonte le plus près possible de l'apex radiographique et Suivi clinique et radiographique du traitement dans le temps (Rapport d'évaluation technologique de la HAS, Traitement endodontique, Sept 2008).

Première partie : La détermination du cadre juridique

La réalité pour un cabinet d'omnipratique est que le coût d'un soin endodontique correctement réalisé est supérieur à sa facturation.

Plusieurs études le confirment¹⁷³.

La nomenclature fait donc qu'un traitement endodontique conforme aux acquis de la science se fait à perte¹⁷⁴.

Et le chef d'entreprise qui voit sa rentabilité mise à mal pourrait avoir tendance à essayer de diminuer la perte¹⁷⁵.

113.- Afin de proposer des traitements de qualité en dégageant une marge sur l'acte, certains praticiens ont développé un exercice de spécialiste pour ne faire de que l'endodontie exclusive tout en étant conventionnés¹⁷⁶.

Les tarifs moyens des actes sont de l'ordre de 500 à 1200 euros.

¹⁷³ Par exemple :

F. RILLIARD, S. BAREK, F. ROTH, « *Evaluation du coût des traitements endodontiques en structure hospitalo-universitaire* » Inform dent (Paris) 1999;3:p. 173-180.

C. BASMADJIAN-CHARLES, D. BOURGEOIS et Al., « *National survey of endodontics in general dental practice in France* », Eur J prosthodont restor dent 2004, 12, p.144-153.

D.ASSOR, « *Conséquences des traitements endodontiques mal conduits* », Université Paris 7, UFR d'Odontologie, 2004.

¹⁷⁴ Les soins endodontiques défectueux entraînent quasi systématiquement des lésions apicales entraînant des foyers infectieux, des douleurs, et peuvent conduire à l'extraction de la dent.

Y. BOUCHER, « *Parodontites apicales et mauvais traitements endodontiques : état d'urgence* », Rev Odont Stomat 2005; 34, p.205-217.

¹⁷⁵ En France, près de 80% des traitements de canaux réalisés sont "insatisfaisants" (J.Y. COCHET, ADF 2006).

Dans les cabinets, les traitements de racines sont souvent faits trop rapidement pour satisfaire les temps d'action des désinfectants, les protocoles vont vers l'instrument unique en lieu et place de la dizaine de limes nécessaires dans une optique d'économie, les étapes préparatoires sont très rarement réalisées...

¹⁷⁶ Le déconventionnement pourrait être une solution de facilité mais les praticiens franchissent rarement le pas car l'endodontie vient parfois en complément d'un exercice minoritaire d'omnipratique pour lequel les patients ne comprendraient pas l'absence de remboursement.

D'autre part une fois déconventionnés les praticiens ne peuvent se reconventionner qu'après le vote d'une nouvelle convention.

Enfin sortir du système modifie les charges sociales personnelles.

Les praticiens conventionnés adhèrent au régime général de Sécurité Sociale avec des cotisations nettement moindre que celles des autres professions libérales et des remboursements meilleurs en cas de maladie.

Première partie : La détermination du cadre juridique

Le plateau technique important¹⁷⁷ et le temps passé justifient pleinement en effet le coût du traitement.

Il s'agit d'un accord de gré à gré accordé par le médecin conseil du département

Pour exemple, la Moselle le tolère actuellement contrairement au département Vosgien.

114.- L'endodontie deviendra-t-elle une spécialité à part entière ?

Les besoins en termes de santé publique et le bénéfice que pourrait apporter des traitements de racines optimaux en termes d'économie de la Sécurité sociale justifieraient pleinement le développement d'un tel exercice à défaut de donner les moyens aux omnipraticiens de travailler en étant correctement rémunérés.

Il n'est absolument pas évoqué dans les débats publics une telle hypothèse.

Les instances gouvernementales veulent éviter une médecine à double vitesse où les plus fortunés, ou les mieux protégés par leur contrat d'assurance complémentaire, bénéficieraient de meilleurs soins que les moins aisés.

Une telle idée serait contraire au principe d'égalité qui régit la politique de santé en France.

Nous ne pouvons que regretter un tel choix. En imposant des tarifs dérisoires pour un acte aussi important, en dissuadant les praticiens désireux de réaliser des soins de qualité, la pérennité des soins prothétiques est mise à mal.

Il s'agit bien là d'une incohérence de la nomenclature actuelle dans laquelle la prévention des ré interventions et des échecs n'est pas intégrée.

Le raisonnement en termes de santé publique est à court terme.

Au nom de l'égalitarisme, faut-il une médiocrité partagée pour tous les assurés sociaux ?¹⁷⁸...

115.- Le cas de l'endodontie n'est absolument pas isolé en terme d'acte déficitaire.

¹⁷⁷ Microscope, limes ultrasonores, systèmes d'obturation canalaires etc...

¹⁷⁸ Le terme de « médiocrité partagée » a été récemment utilisé par les détracteurs de la réforme de l'éducation nationale. Il nous paraît tout à fait approprié considérant la dentisterie et sa nomenclature.

L'EXPRESS.fr, C. BARBIER, « *Education nationale : La médiocrité partagée* ». [http://www.lexpress.fr/education/education-la-mediocrite-partagee_1675479.html], Page consultée le 11 Août 2015.

Première partie : La détermination du cadre juridique

Une thèse d'université propose l'analyse des coûts dans l'hypothèse où, pour de meilleures conditions d'asepsies, les soins sont réalisés avec du matériel à usage unique¹⁷⁹. (Annexe 1)

D'autres soins sont également coûteux et réalisés à perte pour le cabinet tels que les extractions ou les restaurations par résine composite.

116.- La chirurgie buccale qui a bénéficié d'une « spécialité », est elle aussi mise à mal par la nomenclature, poussant les praticiens à choisir entre le déconventionnement et la pratique d'actes rentables pour compenser comme l'implantologie ou la parodontie.

117.- Un des effets pervers de cette absence de valorisation est que certains actes sont délaissés.

C'est le cas des soins des enfants.

A en juger par le nombre de pédodontistes par ville, l'activité auprès des enfants est très largement sous développée laissant cette population cruciale en terme de santé publique sur le côté.

Les soins sont en effet plus longs, chez des patients parfois peu coopératifs.

Ils nécessitent des matériaux d'intervention parfois coûteux.

118.- C'est ainsi l'ensemble des soins qui, de par leur sous valorisation, entraîne des actes de qualité médiocre ou sont proposés à des tarifs plus élevés dans des structures spécialisées, que seuls les plus aisés peuvent payer.

Le praticien transfère une partie du coût du traitement endodontique vers le traitement prothétique sur cette même dent, le surcoût passant ainsi à la charge du patient. Ce transfert est tacitement admis par la coexistence d'actes opposables et à liberté tarifaire partielle ou totale.

Dès lors nous pouvons encore une fois nous interroger sur la logique de la nomenclature en vigueur.

Tout porte à croire à la lecture de la liste initiale des actes pris en charge en 1972 que les pouvoirs publics déléguaient au patient un reste à charge si il voulait être soigné dans

¹⁷⁹ M. DELBOS, « *Matériel à usage unique et actes opposables* », Université Henri Poincaré, UFR d'Odontologie, Nancy, 2004, 121 p.

Première partie : La détermination du cadre juridique

« les règles de l'art dentaire »...

Le praticien devant un patient moins aisé financièrement peut donc rapidement supprimer quelques étapes lors de la mise en place d'un traitement complexe, délaissant de ce fait la pratique conforme aux données acquises de la science.

Les couronnes provisoires, les traitements parodontaux, sont autant d'actes hors nomenclature qui sont « sacrifiés » dans la pratique dentaire et pourtant enseignés à la faculté comme primordiaux.

§2 La prothèse et son bénéfice

119.- La prothèse est l'acte bénéficiant d'une liberté tarifaire le plus emblématique, puisqu'il concerne une majorité de la population¹⁸⁰.

Une prothèse dentaire est définie comme « *un appareillage destiné à la restauration et au rétablissement fonctionnel et esthétique du système de mastication* »¹⁸¹.

C'est un « dispositif médical sur mesure », au sens de l'article R. 5211-6 du Code de la santé publique. Il nécessite donc une prescription écrite préalable qui précise les caractéristiques de conception du dispositif sur mesure.

Sa confection est réalisée « *à partir des indications techniques, empreintes ou moulages fournis exclusivement par le praticien* ».

120.- Il s'agit d'un marché relativement important des dispositifs médicaux ; selon le tableau ci-dessous il représente presque 40% des dispositifs ambulatoires¹⁸².

Tableau 11: Estimation du marché des dispositifs médicaux, France 2006, prix publics (en M€), Sources : DREES, CNAMTS, SNITEM, APPAMED ; calculs : SG HCAAM

¹⁸⁰ 56% des plus de 65 ans sont porteurs d'une prothèse amovible (2004)

Direction Générale de la Santé, M. FOLLIGUET, « *Prévention bucco-dentaire chez les personnes âgées* », Mai 2006, p. 12.

¹⁸¹ Convention collective nationale des cabinets dentaires du 17 janvier 1992, textes attachés, annexe I : classification des emplois, emplois de la fabrication de prothèse dentaire, 1.1. Description de l'activité de prothèse dentaire.

¹⁸² Note HCAAM sur les dispositifs médicaux, Mai 2008, p. 5.

Première partie : La détermination du cadre juridique

DM ambulatoires	14 302
dont DM a usage individuel	3 393
dont optique	4 300
dont prothèses dentaires	5 609
dont prestations associées	1 000
DM hospitaliers	2 850
dont DM en GHS	1 650
dont DM liste en sus	1 200
DM équipement	2 500
dont DM	1 700
dont prestations	800
ensemble marché DM au prix public	19 652

Voici quelques exemples de tarifs de prothèse.

Les prix s'écartent souvent de manière importante des tarifs de responsabilité¹⁸³.

Tableau 12: Tarifs et remboursement des prothèses dentaires, quelques exemples, Source CNAMTS, HCAAM

Prothèse dentaire	Tarif	Base du remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé (1)	prix moyen du prothésistes	prix moyen du praticien.
Couronne (1)	Honoraires libres	107,50 €	70 %	75,25 €	68€ (métallique) 115 € (céramique)	275 à 365€ (métallique) 535 à 760€ (céramique)
Inlay-core	Honoraires libres	122,55 €	70 %	85,78 €	45€	120€
Inlay-core à clavette	Honoraires libres	144,05 €	70 %	100,83 €	64€	335€
Appareil dentaire (1 à 3 dents)	Honoraires libres	64,50 €	70 %	45,15 €		
Appareil dentaire complet (14 dents)	Honoraires libres	182,50 €	70 %	127,75 €	130 à 230€	760 à 1 520€
Bridge de trois éléments (deux dents piliers+un élément intermédiaire pour remplacer une dent absente) (1)	Honoraires libres	279,50 €	70%	195,65 €	205€ (métallique) 345€ (céramique)	915 à 1 220€ (métallique) 1600 à 2290€ (céramique)

(1) L'or métal coûte entre 16 et 18 euros le gramme ; il faut compter entre 2 et 3 grammes par dent. La céramique coûte environ 21,5 euros le gramme, il faut compter un gramme par chape céramique.

Sources : CNAMTS, HCAAM

¹⁸³ Note HCAAM sur les dispositifs médicaux, Mai 2008, p63.

Première partie : La détermination du cadre juridique

121.- Les prothésistes critiquent ainsi les marges réalisées sur leur travail par les praticiens.

L'Union nationale patronale des prothésistes dentaires (UNPPD) estime que les praticiens font preuve d'une grande opacité tarifaire lors de la « revente » de DMSM et juge la marge tarifaire excessive.

Le chiffre d'affaire de la profession de prothésistes dentaires est évalué pour 2010 par l'UNPPD à 1,165 milliard d'euros hors importation.

La part des prothèses fixes demeure prépondérante avec 62 % du chiffre d'affaires total, les prothèses mobiles générant 30 % des recettes¹⁸⁴.

La quantification du volume importé diffère selon le conseil de l'Ordre et les syndicats de prothésistes : l'Ordre national l'estime à 15 % des prothèses posées en France mais l'UNPPD le situe à 30 % la part de marché des importations en volume et à 12,5 % la part de marché aux prix courants.

122.- La relation entre un praticien et son prothésiste peut se qualifier de commerciale.

En pratique, le chirurgien-dentiste recourt à un nombre limité de prothésistes (environ 2 ou 3 par dentiste), choisis principalement selon « *la qualité du travail, la compétence, la proximité du laboratoire et la qualité des relations professionnelles (...). Les relations (...) se basent sur la longue durée, sans prendre en compte la notion de prix mais surtout la compétence professionnelle du prothésiste* »¹⁸⁵.

En cas de non-conformité ou de défaillance du produit livré, le praticien dispose d'une action en garantie contre le prothésiste lorsqu'un contrat de sous-traitance a été conclu.

123.- Le chirurgien-dentiste est pour sa part lié au patient par un contrat de soins.

Cette obligation inclut selon la jurisprudence de la Cour de cassation, la conception et la confection de l'appareillage : « *le chirurgien-dentiste est, en vertu du contrat le liant à son patient, tenu de lui fournir un appareillage apte à rendre le service qu'il peut légitimement en attendre, une telle obligation, incluant la conception et la confection de cet*

¹⁸⁴ UNPPD, Enquête de branche « prothésistes dentaires », Sept. 2011.

¹⁸⁵ Enquête de la DGCCRF auprès de chirurgiens-dentistes de Haute-Savoie, citée dans la décision du Conseil de la concurrence n° 03-D-52 (§ n° 23), 18 Nov. 2003.

Première partie : La détermination du cadre juridique

*appareillage, étant de résultat »*¹⁸⁶.

Il ne peut donc s'exonérer de sa responsabilité qu'en démontrant qu'il n'a pas commis de faute. Il doit établir la preuve de l'intervention d'une cause étrangère, à l'origine des vices affectant la prothèse.

La jurisprudence exige cependant la mise en évidence d'une faute.

Les termes de l'article L. 1142-1 et 1386-1 et suivants du Code santé publique limitent en effet le domaine d'application de la responsabilité sans faute du fait des produits défectueux aux seuls producteurs, c'est-à-dire fabricants. Ainsi le chirurgien-dentiste est un utilisateur ou un fournisseur.

Le patient peut donc envisager un recours contre le prothésiste à condition toutefois de rapporter la preuve de son défaut au sens de l'article 1386-4 du code civil.

La responsabilité du chirurgien-dentiste peut donc être engagée par le patient, y compris au titre de la confection prothétique qu'il n'a pas techniquement réalisée, mais dont il a assuré la conception et la prescription¹⁸⁷.

124.- La relation de confiance est primordiale pour un travail de qualité car les gestes de l'un conditionnent la qualité finale du traitement.

Les prothésistes attirent pourtant l'opinion publique sur les marges que réalisent les praticiens sur leur travail et attisent la défiance vis à vis de la profession, parfois à raison.

Le monopole attribué aux chirurgiens-dentistes pour la mise en bouche de prothèse est avant tout destiné à ne permettre la délivrance de soin qu'à des praticiens formés à cette tâche.

Il est injuste de penser que tous les dentistes profitent financièrement des prothésistes.

La responsabilité, même du fait du « constructeur » du DMSM leur incombe, le face à face avec le patient lors de doléances également, et par ailleurs le plateau technique d'un

¹⁸⁶ Cass. civ, 23 novembre 2004, pourvoi n° 03-12146.

¹⁸⁷ Au sujet du revirement de jurisprudence en matière de responsabilité du fait des choses par l'arrêt de la Cour de Cassation. 1re civ., 20 mars 2013, n° 12-12.300, publié au bulletin : S. HOCQUET-BERG, « *La responsabilité du chirurgien-dentiste subordonnée à la preuve d'une faute dans l'accomplissement des prestations de conception et délivrance d'un appareillage dentaire* », Cass. 1re civ., 20 mars 2013, n° 12-12.300, publié au bulletin. ' : Revue générale du droit on line, 2013, numéro 9061, [www.revuegeneraledudroit.eu/?p=9061]

Première partie : La détermination du cadre juridique

cabinet dentaire doit être amorti.

Les prothésistes par ailleurs ne sont pas supposés avoir besoin de compenser des pertes financières (comme les praticiens sur les actes opposables) et ne sont donc pas vendeurs à perte (si ils sont bons gestionnaires).

Peut-être ne faut-il voir dans ce mouvement une jalousie compte tenu du différentiel de rémunération ? Ou une riposte aux attitudes parfois méprisantes de certains praticiens à l'ego manifestement démesuré.

Section 2 La perception des dépassements d'honoraires

Nous avons évoqué en introduction le rôle de l'argent dans la relation de soin. Comparer la signification du dépassement d'honoraire et du reste à charge pour le patient et le praticien est intéressant.

§1 L'avis du patient

125.- Le problème du dépassement d'honoraire est relativement récent par rapport à l'importance de l'inflation dans le domaine médical.

Une partie de l'explication réside en la croyance que des honoraires plus élevés sont un signe de qualité des soins.

Cela s'apparente à un « bien différencié », donc à un bien pour lequel la demande augmente en même temps que le prix¹⁸⁸.

Cependant chez les médecins il n'a pas été possible de démontrer que des honoraires plus importants sont un signe de meilleure qualité des soins¹⁸⁹.

¹⁸⁸ Lire à ce sujet la théorie de Thorstein VEBLEN décrite en 1899 dans son ouvrage « Théorie de la classe de loisir », Ed. Gallimard, Coll. Tel, 1979, 322p.

¹⁸⁹ C. GOFFETTE, P. BREUIL GRENIER, « *La durée des séances des médecins généralistes* », DRESS, Etudes et résultats, n°481, Avril 2006.

L'étude chez les médecins généralistes en 2002 montre que l'appartenance d'un secteur à honoraires libres s'accompagne d'une durée de consultation supérieure de 4 minutes, chiffre que l'on retrouve également lorsque le médecin est une femme (sans doute en raison des aptitudes féminines à la discussion...). Ceci n'est pas un indicateur de qualité médicale.

Première partie : La détermination du cadre juridique

126.- Dénoncés par les associations de consommateurs et dans un contexte de crise, les dépassements d'honoraires ont été remis en question de façon plus concrète en 2012.

« En attendant, il est urgent d'aboutir à leur plafonnement, qui ne devrait pas excéder 40 % du tarif de l'assurance maladie, c'est-à-dire le plafond moyen de prise en charge par les complémentaires santé. Nul doute qu'au vu du serment -d'Hippocrate, les médecins mettront tout en œuvre pour offrir leur savoir et leurs services au prix le plus juste »¹⁹⁰.

De plus en plus il est question d'un plafonnement des honoraires médicaux et dentaires. Le dépassement n'est donc plus toujours associé à une qualité de soin, poussant les patients à comparer des prestations sur des critères uniquement comptables.

§ 2 L'avis du praticien

127.- Les paroles de ce praticien sont très révélatrices de l'intérêt des dépassements d'honoraires.

« Il indique à son assureur : une fois l'intervention terminée, le patient se rendait compte que ses canines (13 et 23) étaient avulsées et me le reprochait disant qu'elles auraient dû être conservées. J'avais vérifié avant mon intervention le contenu de mon dossier. Il ne mentionnait pas la conservation des 13 et 23... J'ai fait rechercher dans les archives le courrier de son dentiste traitant, il n'a pas été retrouvé. J'ai expliqué au patient que j'ai agi conformément aux directives du dossier, je n'ai eu aucun doute sur l'indication d'avulser ces deux canines, leur état parodontal était défectueux dans une cavité buccale elle-même en mauvais état, elles auraient eu un intérêt relatif pour la tenue d'une prothèse maxillaire. J'ai exprimé des regrets sur le fait qu'il y ait eu cette mésentente et il ne m'a pas semblé opportun de percevoir le dépassement d'honoraires qui doit, dans mon esprit, valoriser le travail qui donne satisfaction à chacun»¹⁹¹.

¹⁹⁰ A. BAZOT, président de l'UFC-Que Choisir, Editorial du magazine Que Choisir, 2012. [<http://www.quechoisir.org/sante-bien-etre/systeme-de-sante/editorial-acces-aux-soins-la-fracture-sanitaire-se-creusepage>], page consultée le 23 oct. 2012.

¹⁹¹ Cour d'appel Nîmes Chambre civile 1, section B N° 06/04015; X/Y

Première partie : La détermination du cadre juridique

Il s'agit de la déclaration d'un praticien en procès avec son patient.

La perception de son dépassement d'honoraire est intéressante.

Il doit « valoriser le travail qui donne satisfaction à chacun ».

Nous avons déjà signifié que l'appréciation des honoraires par le praticien se faisait en partie sur l'appréciation empirique de la valeur de son travail.

En conséquence diminuer ou supprimer ce dépassement équivaldrait plus ou moins à nier la valeur ajoutée d'un travail consciencieux et donc la qualité du praticien.

C'est à notre sens une des raisons qui provoque une telle résistance sur le sujet.

Conclusion

128.- Force est de constater que toutes les professions médicales tendent à proposer des actes dont les honoraires sont libres.

La tendance est flagrante pour les kinésithérapeutes qui proposent des soins esthétiques, détentes, des entraînements sportifs.

Chez les médecins généralistes se développent également des exercices particuliers au prix de la médecine de premier recours.

40% des médecins généralistes installés n'exercent pas la médecine de premier recours, soit parce qu'ils font partie des médecins à exercice particulier (homéopathe, acupuncteur...), soit parce qu'ils exercent une spécialité, en libéral ou à l'hôpital, suite à l'obtention d'un diplôme supplémentaire (médecine du sport, allergologie, gériatrie...).

Si bien qu'un « simple » médecin généraliste devient l'exception¹⁹².

L'acide hyaluronique et la bataille pour en conférer la compétence aux chirurgiens-dentistes illustre bien nos développements.

Cet acte crée en fait une recette régulière pour le praticien qui le pratique, puisque les

Classement :Inédit, 2 Décembre 2008

R.G : 06/04015 MP/CM TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE DE CARPENTRAS, 5 Sept. 2006.

¹⁹² Lire à ce sujet :

ONDPS, « Rapport annuel de l'Observatoire Nationale de la Démographie des Professionnels de Santé », 2006/2007.

C. GAIDIOZ, S. RUHLMANN, « Pourquoi la spécialité Médecine Générale est-elle mal classée aux choix des épreuves classantes nationales ? Etude des représentations des étudiants lyonnais du PCEM 1 au DCEM 4 », Université Claude Bernard LYON,UFR de Médecine, 2006.

Première partie : La détermination du cadre juridique

injections sont à renouveler.

La profession et le Conseil de l'Ordre se sont largement mobilisés pour ces soins qui finalement ne sont qu'un acte parmi tant d'autre.

Au nom de la protection de la santé publique cette fois, les bars à sourires ont été critiqués par les instances ordinales.

Nous ne pouvons que nous étonner que les deux dernières batailles pour l'accès ou le monopole de la pratique soient des actes rentables pour les cabinets dentaires.

129.- C'est donc bien sur les actes non opposables et hors nomenclature qu'il convient de s'interroger puisqu'ils cristallisent les tensions.

Comment les praticiens fixent ils leurs honoraires, qui rappelons le, déterminent grandement leur niveau de revenu ?

Les textes législatifs imposent le tact et la mesure dans la détermination des honoraires, notion complétée par des guides de détermination et par la jurisprudence.

Chapitre 3 : La fixation du montant

La difficulté pour les actes à honoraires libres est la juste valorisation financière d'un acte.

Selon la position de payeur ou de créancier, l'appréciation sera différente.

Section 1 L'évaluation de la valeur d'une prestation

§1 La vision du patient

130.- Le patient a une appréciation de la valeur d'un acte différente de celle du praticien qui l'exécute, car il est à la fois le malade passif et le payeur.

En matière de santé en France, il est en effet d'usage de penser que la santé ne coûte rien aux usagers, puisque le reste à charge dans le cas d'opérations classiques par exemple est mineur.

131.- Dans le cas des dents de sagesse dont l'extraction chez les adolescents est très fréquente, nous avons un comparatif entre le coût pour les organismes de Sécurité sociale selon les modalités de l'acte.

Première partie : La détermination du cadre juridique

Tableau 13: Informations relatives aux tarifs GMH 03H02, Avulsion de dents de sagesse enclavées ou incluses¹⁹³.

Avulsion de quatre dents de sagesse enclavées ou incluses	
Privé	Tarif du GHM = 444,36 € (avec en sus le tarif des actes)
Public	Tarif du GHM = 921,83 €
En ville	Tarif de l'avulsion de quatre dents de sagesse incluses ou enclavées : 334,40€ ¹⁹⁴

Cette tarification rend plus coûteux pour la Sécurité sociale le geste sous anesthésie générale¹⁹⁵.

Les patients mesurent-ils que le coût d'un acte sous anesthésie générale est trois fois plus important en hôpital public que sous anesthésie locale en cabinet dentaire¹⁹⁶?

Lors de l'élaboration du diagnostic d'avulsion des dents de sagesse, le poids économique de chaque technique n'est pas abordé auprès du patient, si bien que l'anesthésie générale est parfois choisie comme une méthode de confort au détriment des comptes de la santé¹⁹⁷.

¹⁹³ La France a adopté en 2003 et déployé depuis 2005 un système de tarification à l'activité (T2A) pour financer les établissements de santé, les GHM (groupe homogène de malades) en sont un outil.

¹⁹⁴ARS Paca, Groupe pertinence Chirurgie de la bouche et des dents, « Consommation et pertinence des actes, Chirurgie de la bouche et des dents », Réunion du 3 Fév. 2012. [http://www.fehap.fr/DATA/20_2_2012_10_26_40_CR%203022012%20pertinence%20chir%20bouche%20et%20den>ts.pdf], page consultée le 23 Août 2012.

¹⁹⁵ O. TROST, N. KADLUB, N. ROBE, J. LEPINE, H. ROMBI, M.T. NOIROT-LETOURNEAU, P. TROUILLOUD, G. MALKA, « *Extraction des dents de sagesse sous anesthésie générale : à propos de 180 patients* », Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale, Vol. 109, num. 2, Avril 2008, p. 91-95.

K. EL KHATIB, A. DANINO, G. MALKA, « *Étude de la corrélation entre le coût réel d'une intervention et ses modes de facturation en France : exemple de l'ablation de matériel d'ostéosynthèse de mandibule* », Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale, Vol. 105, num. 3, juin 2004, p.143-148.

¹⁹⁶ Il est de plus à noter que la balance bénéfique risque de l'anesthésie générale n'est pas systématiquement favorable pour ce geste.

Les recommandations d'une anesthésie générale concernent les patients phobiques, handicapés, non coopérants ou présentant des difficultés anatomiques rendant impossible un soin à l'état vigile.

HAS, « Indications et contre-indications de l'anesthésie générale pour les actes courants d'odontologie et de stomatologie », Juin 2005.

¹⁹⁷ « *Les variations de pratiques s'expliquent par des habitudes, des croyances, le type de*

Première partie : La détermination du cadre juridique

132.- L'utilisateur du système de santé ignore ainsi le coût d'un acte médical.

Ceci est d'autant plus vrai pour les coûts des soins hospitaliers.

Cette méconnaissance et l'absence de pédagogie autour des frais amènent à la croyance que la santé est gratuite, ou du moins doit l'être.

Dès lors, dès qu'une dépense de santé est nécessaire, le patient y verra non pas les frais réels de son soin mais le reste à charge qu'il trouvera injuste.

Les soins dentaires sont très souvent au cœur de cette distorsion.

133.- La société vit en fait « l'érosion du gratuit »¹⁹⁸. Il est donc impossible de prendre en compte uniquement l'avis et l'estimation du patient pour fonder la valeur de son geste.

§2 Un sujet tabou dans la littérature française

134.- La majeure partie des articles retrouvés au sujet de la détermination des honoraires et de la rentabilité du cabinet dentaire est dans la littérature anglo saxonne ou américaine qui est largement décomplexée sur l'argent de la santé¹⁹⁹.

formation, le mode de rémunération et incitent à penser que la décision médicale ne repose pas assez sur des faits, sur des réalités cliniques et sur des notions de preuves ».

HAS, « Indications et non indications de l'avulsion des troisièmes molaires mandibulaires », 1997, p.25.

Une grande partie des extractions se font pour des raisons prophylactiques alors même qu'aucune étude ne vient en confirmer l'utilité concernant entre autre la prévention de l'encombrement antérieur mandibulaire.

N.G HARRADINE, M.H PEARSON, British Journal of Orthodontics, vol25, 1998 , p. 117-122.

A.G. ADES, D.R JOONDEPH, R.M LITTLE, M.K CHAPKO, American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, vol 97, 1990, 97, p. 323-335.

¹⁹⁸ P. BATIFOULIER, B. VENTELOU, 2008, « L'érosion de la « part gratuite » en médecine libérale », in CHANIAL Ph. (dir.) « La société vue du don. Manuel de sociologie anti utilitariste appliquée », Ed. La Découverte, 2008, p.443.

P. CHANIAL, « *Le New Public Management est-il bon pour la santé ?* » *Bref plaidoyer pour l'inestimable dans la relation de soin.* » Revue du MAUSS, 2010/1 n° 35, p. 140.

« Ces dix dernières années, le tarif par minute de consultation a augmenté d'au moins 30 %. Ce que ce calcul assez sommaire indique, c'est la croissance de la part marchande sur la part gratuite ».

¹⁹⁹ Lire à ce sujet : M. GRACE, « *Not at any price* », British Dental Journal, Vol. 197, n°4,

Première partie : La détermination du cadre juridique

Rick WILLEFORD, praticien américain et spécialiste en économie de la dentisterie décrit dans ses articles la gêne du praticien vis à vis de son patient quant au montant de ses tarifs.

Il confirme que les patients pensent que les honoraires sont trop hauts de façon quasi systématique mais cependant 90% des patients apprécient leur praticien et 90% pensent qu'il demande des honoraires « un peu trop élevés » ... mais ils reviennent souligne l'auteur, par confiance... ou par manque de choix peut être²⁰⁰.

Les chiffres énoncés ne sont pas issus d'une analyse statistique mais reflètent une opinion personnelle confirmée par les discussions que l'on peut avoir avec les patients. C'est face à ce dilemme, fixer des honoraires permettant le niveau de vie désiré et ne pas paraître trop prohibitif, que les praticiens doivent fixer une valeur à leur travail.

« La valeur de la chose ne résulte pas du besoin de l'acheteur ou du vendeur, mais de l'utilité et du besoin de toute une communauté »²⁰¹.

135.- La notion de valeur ne peut s'écarter de celle de prix, sans toutefois se confondre avec elle.

Le prix se définit comme il suit :

« Somme d'argent contre laquelle s'échange un bien ou un service »²⁰².

Au sein d'une économie de marché, il varie en fonction de l'offre et de la demande.

Dans le cadre d'une économie administrée, il est fixé par la puissance publique.

Ce prix peut être inférieur ou supérieur à la valeur marchande selon le cas.

La valeur marchande (ou d'échange) correspond en effet à l'équivalent en monnaie du bien compte tenu de son coût de production.

Août 2004, p. 167 ; P. BORNESTEIN, W. SIRVERMAN, « *Discounts could spell trouble, dental practice report* », July August 2004, p. 26 ; J. BLAES « *How do you get a raise and increase your practice value without working longer hours?* », Janv. 2008, [www.dentaleconomics.com].

²⁰⁰ R . WILLEFORD, « *The art of setting fees* », Oct. 2008, p22-24, [www.Dentaleconomics.com]

²⁰¹ Saint Thomas d'Acquin cité par D. MEDA, « *Le travail, une valeur en voie de disparition* », Aubier, 1995, 358p.

²⁰² TLFi, page consultée le 5 août 2015.

Première partie : La détermination du cadre juridique

136.- Selon les courants économiques, la valeur se définit sur des critères exclusivement objectifs (valeur travail chez les marxistes) ou par un critère plus subjectif, en particulier le concept d'utilité marginale chez les néo-classiques²⁰³.

Il s'agit de mesurer le désir qu'un agent économique éprouve pour un bien ou un service.

137.- Sénèque dans le livre III du Traité des bienfaits (59-60 après JC) énonce déjà qu'en matière de soins certaines choses ont une valeur supérieure à leur prix d'achat :

« Pourquoi au médecin comme au précepteur suis-je redevable d'un surplus, au lieu d'être quitte envers eux par un simple salaire ? Parce que de médecin ou de précepteur, ils sont transformés en amis, et nous obligent, non par leur art, qu'ils nous vendent, mais pour la bonté et le caractère affectueux des sentiments qu'ils nous témoignent. C'est pourquoi, avec le médecin, s'il ne fait que tâter mon pouls et s'il me compte parmi ceux qu'il voit dans sa tournée hâtive, sans éprouver le moindre sentiment lorsqu'il me prescrit ce qu'il faut faire ou éviter, je ne lui dois rien au-delà, parce qu'il me voit non comme un ami, mais comme un client ».

138.- Pour ce qui concerne l'application aux honoraires des soins médicaux et plus particulièrement dentaires, les forts écarts entre praticiens laissent à penser que l'appréciation est sans doute fondée sur des critères objectifs (coûts de production : frais du prothésiste, coûts de la structure d'exercice, etc....) mais également largement influencée par des paramètres subjectifs car, à conditions de travail égales les honoraires sont susceptibles de varier d'un patient à un autre.

La valeur ajoutée de la composante humaine d'un geste apporte toute la difficulté d'appréciation objective de la valeur d'un acte technique.

²⁰³ La valeur est une question largement abordée au XVIII^{ème} et au XIX^{ème} siècle.

Pour Adam Smith et les classiques, la valeur d'un bien doit être rattachée à la notion de travail.

Les valeurs d'usage (utilité de la chose, l'eau a une grande valeur d'usage et le diamant très faible) et valeurs d'échange (le diamant, quoique d'utilité très médiocre, est rare et peut à ce titre être vendu plus cher que l'eau) sont deux éléments différents.

La valeur d'un bien représente la quantité de travail que ce bien permet d'acheter.

Marx et les classiques assimilent également la notion de valeur à la notion de quantité et de force de travail.

Les néoclassiques en revanche (comme J-B. Say) n'apprécient pas le prix en fonction du coût de production mais en fonction de ce que l'acheteur est prêt à dépenser

La valeur s'apprécie ainsi sous l'angle de la demande et non plus sous l'angle de l'offre.

Première partie : La détermination du cadre juridique

Pour S. Leyt²⁰⁴ :

« Les honoraires justes sont ceux que le patient règle avec reconnaissance parce qu'il apprécie le fait que la valeur du service rendu est supérieure à la somme demandée et qu'elle ne perturbe pas sa vie. Et justes car le praticien les reçoit avec satisfaction parce que le coût de la réalisation, qui comprend aussi bien ses besoins professionnels, est inférieur aux honoraires, lui permettant d'obtenir une rémunération digne ».

Le principe édicté est idéal mais il est difficile de trouver un terrain d'entente entre le patient et son praticien.

Le principal garde-fou est le « tact et la mesure ».

Que signifie cette formule ?

Section 2 Le Tact et la Mesure

L'expression « Tact et mesure » présuppose des qualités morales dont l'appréciation est largement subjective.

§1 Données générales

139.- L'emploi de la locution est indirectement issu du serment d'Hippocrate²⁰⁵, tout du moins dans les interprétations modernes qui en ont été faites.

Dans le texte original traduit par Emile Littré il est écrit :

« Je passerai ma vie et j'exercerai mon art dans l'innocence et la pureté ».

Cela porte à croire que la pratique médicale doit être désintéressée.

Plus pragmatique, la version moderne inclue la rémunération à l'acte du médecin :

« Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

²⁰⁴ S. LEYT, « *Communication personnelle* », 1994. Citée par: R. NOSSITCHOUK, « *Communiquer en odonto-stomatologie : Obligations et stratégies* », Ed. Cahiers de prothèses, Coll. JPIO, 2003.

²⁰⁵ Les définitions littéraires de cette expression sont les suivantes :

Tact : Jugement fin et sûr en matière de goût, de convenances, d'usage du monde.

Mesure : ce qui sert à apprécier les choses morales, intellectuelles.

(Source : « le nouveau Littré, Dictionnaire de la langue française », Ed. Garnier, 2007, 2244p.)

Première partie : La détermination du cadre juridique

[...] Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. »²⁰⁶.

140.- La notion de mesure dans la détermination des honoraires se retrouve dans une traduction législative dès les premières formes de Code de déontologie des médecins²⁰⁷ et des chirurgiens-dentistes.

Pour ce qui concerne le Code de déontologie des dentistes, la notion de tact et de mesure se retrouve dès le règlement d'administration publique n° 48-27 du 3 janvier 1948.

Dans le décret n° 67-671 du 22 juillet 1967, elle figure à l'article 33 du Code de déontologie²⁰⁸ actuellement retranscrit à l'article R 4127-240 du Code de santé publique²⁰⁹ et rappelé par les articles R. 1111-21 à R. 1111-25.

L'expression a donc une origine lointaine, mais conserve au fil des différentes transcriptions une certaine liberté d'appréciation.

141.- L'étude de la jurisprudence montre que les différents paramètres actuels d'appréciation de la notion sont présents dans les jugements les plus anciens.

Les critères retrouvés sont notamment

- la gravité de l'état du malade²¹⁰;
- l'importance du service rendu²¹¹;

²⁰⁶ Serment de l'Ordre français des médecins de 1996, Bulletin de l'Ordre des médecins, n°4, 1996.

²⁰⁷ Code de déontologie des médecins en 1940, puis septembre 1945, auxquels ont succédé les rédactions de 1955 (article 40), de 1979 (article 70) et enfin l'actuel Code de déontologie publié en octobre 1995 (article 53) codifié dans le Code de Santé Publique à l'article R4127-53.

Le Code de la Santé Publique demande, par ce biais, d'apprécier sans excès la valeur du travail.

²⁰⁸ Légifrance Fac-similé du JO du 09 Août 1967, p. 7977.

[http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19670809&pageDebut=07975&pageFin=&pageCourante=07977]

²⁰⁹ Le Code de la Santé Publique dispose en son article R 4127-240 que « *Le chirurgien-dentiste doit toujours déterminer le montant de ses honoraires avec tact et mesure. [...] Le chirurgien-dentiste n'est jamais en droit de refuser à son patient des explications sur le montant de ses honoraires* ».

²¹⁰ T Civ Nice 11 février 1924, S.1925 . 2 . 128 ; T Civ Périgueux , 23 juin 1928 2 155.

²¹¹ T civ Nice 11 fév. 1924 préc.

Première partie : La détermination du cadre juridique

- la prise en compte du résultat des soins²¹² ;
- l'habileté du praticien estimée par sa notoriété ainsi que la difficulté de l'intervention²¹³;
- l'état de fortune du patient²¹⁴.

142.- Son application présuppose ainsi une éthique médicale, une profession exercée avec humanisme dans le respect des valeurs d'Hippocrate.

Les professions de santé ont ainsi le devoir de présenter moralité et honorabilité²¹⁵.

Plusieurs articles du Code de la santé publique font référence aux qualités morales des praticiens²¹⁶.

Cette qualité peut être remise en cause tout au long de l'exercice.

Si elle n'est pas respectée, des sanctions peuvent être appliquées par le Conseil de l'ordre pour manquement à l'honneur et à la probité de la profession²¹⁷.

« L'Ordre des médecins, celui des chirurgiens-dentistes et celui des sages-femmes

²¹² T. Civ Périgueux 23 Juin 1928.

²¹³ T Civ Reims 16 janv. 1903, Gaz Pal. 1903. 1. 296.

²¹⁴ CA Paris 7 mars 1961, JCP 1961. II. 12172.

²¹⁵ C. EOCHE-DUVAL, « *Les professions de santé face à l'exigence de bonne moralité* », RDSS, Mai-Juin 2011.n° 3, p. 490.

²¹⁶ CSP : Art. R 4127-203.

« *Tout chirurgien-dentiste doit s'abstenir, même en dehors de l'exercice de sa profession, de tout acte de nature à déconsidérer celle-ci.*

Il est interdit au chirurgien-dentiste d'exercer en même temps que l'art dentaire une autre activité incompatible avec sa dignité professionnelle. »

Art. R 4127-225

« *Le chirurgien-dentiste doit éviter dans ses écrits, propos ou conférences toute atteinte à l'honneur de la profession ou de ses membres »*

Art. R 4127-261

« *Les chirurgiens-dentistes se doivent toujours une assistance morale.*

Il est interdit de calomnier un confrère, de médire de lui, ou de se faire l'écho de propos capables de lui nuire dans l'exercice de sa profession. »

Art. R 4127-262

« *Le détournement ou la tentative de détournement de clientèle est interdit. »*

²¹⁷ CSP Art R. 4112-2

« *Le conseil [de l'ordre] (...) refuse l'inscription si le demandeur ne remplit pas les conditions nécessaires de moralité.*

Art. L. 4112-1

« *Nul ne peut être inscrit sur ce tableau s'il ne remplit pas les conditions requises par le présent titre et notamment les conditions nécessaires de moralité.* »

Première partie : La détermination du cadre juridique

veillent au maintien des principes de moralité, de probité »²¹⁸.

§2 Appréciation et contrôle des instances ordinales

143.- Les instances ordinales sont les garantes des qualités morales d'un praticien et attribuent l'autorisation initiale d'exercer²¹⁹ avec une réévaluation qui se répète dès qu'il y a changement de lieu d'inscription ou nouvelle demande après radiation.

En matière d'honoraires et de cotation, les dépassements abusifs, fraudes et escroqueries²²⁰ portent atteinte à la profession.

L'image et l'honneur sont ainsi engagés par la régulation de ces dépassements d'honoraires.

D'autres faits constituent des manquements à l'honneur ou à la probité, tel la violation systématique et répétée des dispositions de la nomenclature, le fait de procéder à des abus de cotations la perception d'honoraires ne correspondant pas aux actes accomplis ou le fait d'avoir porté des mentions sciemment inexacts sur les documents de la Sécurité sociale.

144.- L'absence de confraternité est également lourdement sanctionnée²²¹.

Le Dr Bessis a mis en cause l'Ordre dans la revue « Information dentaire » par une lettre ouverte à Alain Juppé, Jacques Chirac et Hervé Gaymard (alors ministre de la Santé).

« Devant tant d'injustices commises par la discipline ordinale il m'est impossible de

²¹⁸ CSP Art. L. 4121-2.

²¹⁹ Le juge administratif admet qu'une déclaration mensongère à l'appui de la demande d'inscription entraîne la perte de condition de moralité.

²²⁰ Chambre disciplinaire nationale du Conseil de l'ordre des chirurgiens-dentistes.

Audience publique du 14 septembre 2006, Lecture du 30 novembre 2006

Affaire : Docteur F. B. Chirurgien-dentiste, Dos. n°1580.

Chambre disciplinaire nationale du Conseil de l'ordre des chirurgiens-dentistes, Audience publique du 10 juin 2010 Lecture du 1er juillet 2010, Affaire : Docteur V. A. Epouse R-D Chirurgien-dentiste, Dos. n°1876/1877.

²²¹ Chambre disciplinaire nationale de l'ordre des chirurgiens-dentistes,

Audience publique du 14 février 2013, Décision rendue publique par affichage le 29 avril 2013, Affaire : Docteur J. T. Chirurgien-dentiste, Dos. n°2010.

En l'espèce un praticien a injurié son associé pour un détournement de patientèle en présence du personnel du cabinet et de la patiente « détournée ».

Ce dernier a été sanctionné par un blâme.

Première partie : La détermination du cadre juridique

rester passif face à la détresse des confrères qui sont condamnés, humiliés et ruinés par les méthodes brutales et excessives des juges disciplinaires ».

Dans ces propos il insistait sur le manque de transparence des procédures disciplinaires médicales et de la comptabilité des Ordres.

Dans un article publié dans l'Indépendantaire²²², il a signé un article intitulé « *une bouffée d'oxygène* » dans lequel il qualifie un membre du Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes de « *Torquemada de l'inquisition* », faisant « *de (nos) malheureux confrères de la chair à pâté pour les organismes sociaux* ».

Dans le numéro 47 de la même publication, il souligne que ce dernier aurait « *sévi brutalement et parfois de façon immorale pendant vingt ans comme juge du conseil national de l'Ordre* ».

Critiquant ainsi une instance ordinale et mettant en doute la transparence des procédures et des comptes le Dr Bessis s'est vu radié de l'ordre à vie, imposant de ce fait une interdiction d'exercice²²³.

Dans l'arrêt du Conseil National en cause, il est mentionné que « *la liberté d'expression est limitée par l'atteinte au respect de la dignité humaine* ».

Dans le cas de ce praticien, une opinion émise publiquement, même si relativement virulente, a justifié une lourde sanction, alors même qu'il ne présentait pas de danger pour ses patients...

145.- Un bon dentiste au sens ordinal doit non seulement avoir des qualités médicales mais retenir ses opinions vis à vis du fonctionnement de la profession, tel le devoir de réserve de la fonction publique²²⁴.

²²² L'Indépendantaire, n°45, Fév. 2007.

²²³ Chambre disciplinaire nationale de l'ordre des chirurgiens-dentistes, Audience publique du 13 Oct. 2011, Décision rendue publique par affichage le 24 Oct. 2011
Affaire : Docteur PB Chirurgien-dentiste Dos. n° 1781 CE.

²²⁴ Le devoir de réserve « *interdit au fonctionnaire de faire de sa fonction l'instrument d'une propagande quelconque* »

Il est d'origine jurisprudentielle.

La notion de manquement à l'obligation de réserve a été consacrée en 1935 par le Conseil d'Etat, à propos d'un employé à la chefferie du Génie à Tunis qui a tenu des propos publics jugés trop critiques envers la politique du gouvernement (CE 15 janvier 1935, « Bouzanquet », Rec. p. 44).

Première partie : La détermination du cadre juridique

146.- De même les manquements de confraternité sont systématiquement sanctionnés²²⁵.

Cette obsession rend quasi impossible l'émission d'opinion sur les soins ou les honoraires d'un confrère, quand bien même ils seraient perçus comme répréhensibles.

Il s'agirait presque d'une omerta...

L'exigence qui pèse sur les praticiens en matière de bonne conduite est donc très forte et dépasse même le champ de l'exercice médical.

Le problème des honoraires abusifs écorne l'image des praticiens, c'est pourquoi il est nécessaire de compléter la vague exigence de « tact et mesure » par des repères objectifs pour en déterminer le montant²²⁶, la mansuétude des praticiens n'étant pas systématique.

§3 Critères objectifs d'évaluation

147.- L'article R 4127-240 du Code de la santé publique dispose que :

«Les éléments d'appréciation sont, indépendamment de l'importance et de la difficulté des soins, la situation matérielle du patient, la notoriété du praticien et les circonstances particulières.

Le chirurgien-dentiste est libre de pratiquer gratuitement ses soins mais il lui est interdit d'abaisser ses honoraires dans un but de détournement de la clientèle».

Nous avons donc ainsi les paramètres utiles au praticien.

Le praticien peut également par extension s'appuyer sur le guide sur le tact et la mesure

Des propos diffamatoires, tenus hors service et sanctionnés pénalement, sont jugés comme des manquements à l'obligation de réserve (CE 11 février 1953, « Touré Alhonsseini », Rec p. 709).

J-M. AUBY, J-B AUBY, J-P DIDIER, A. TAILLEFAIT, « Droit de la fonction publique », 7ième édition, coll. Précis. DALLOZ, Oct. 2012, n° 609 et suivants.

²²⁵ Si nous ne pouvons encore considérer la profession comme « La grande muette », il semble par ailleurs assez étonnant que les instances ordinales dans leur forme ne puissent être critiquées, notamment sur le fait qu'elles sont juges et parties lors des instances disciplinaires.

²²⁶ La notion est retrouvée dans le Code de la santé publique déontologie pour les médecins (Art. R. 4127-53), biologistes (Art. R. 162-17), pédicures podologues (Art. R. 4322-61) et pour les sages-femmes (article 3.4.1 de la convention nationale des sages-femmes libérales).

Première partie : La détermination du cadre juridique

édicte par le Conseil National de l'Ordre des Médecins en 2005 qui détaille des notions très similaires.

Les critères avaient précédemment été développés dans le rapport adopté par le Conseil national de l'Ordre des médecins en 1998 sur la fixation du tact et de la mesure.

Nous reprendrons les points abordés par ces différents textes.

A/ Le tarif opposable

148.- Nous avons précédemment évoqué la notion d'actes opposables.

Cette base de calcul pourrait être judicieuse et tangible pour définir un juste prix par l'application d'un coefficient de majoration.

Or ce système n'est pas applicable selon le Conseil de l'ordre des médecins qui prohibe également la détermination en fonction de la couverture par un organisme complémentaire²²⁷.

Sont qualifiés d'abusifs les soins dont le montant est établi sans tact ni mesure.

Pour ce point, éminemment subjectif, la jurisprudence s'appuie pourtant sur ce critère et ce depuis quelques décennies.

Sont qualifiés d'abusifs:

- Des soins facturés, à plusieurs reprises au cours d'une même année à un prix cinq fois supérieur au tarif conventionné²²⁸;
- Des honoraires perçus qui représentaient entre trois et quatre fois les honoraires conventionnels alors que les actes effectués ne comportaient « aucune difficulté particulière »²²⁹;
- Des honoraires « dépassant le double du tarif conventionnel, à l'occasion d'actes ne comportant pas d'investigations particulières en matière de diagnostic ni d'actes

²²⁷ F. X MERCAT, « Tact mesure dans la fixation des honoraires », Rapport adopté par le Conseil national de l'Ordre des médecins en 1998 et actualisé au cours de sa session de décembre 2005.

²²⁸ CE, 4 décembre 1985, Daniel.

²²⁹ CE, 21 novembre 2003.

Première partie : La détermination du cadre juridique

thérapeutiques longs et délicats »²³⁰.

Si l'application d'un coefficient multiplicateur sur la base de remboursement ne peut servir au praticien à déterminer ses honoraires, la jurisprudence elle ne se prive pas de cette équation pour en évoquer le caractère excessif.

149.- Ce raisonnement a cependant ses limites.

Comme nous l'avons évoqué précédemment, les bases de remboursements sont totalement illogiques et non corrélées avec la nature du geste.

Comment expliquer que le faux moignon soit remboursé sur la base de 122,55 Euros et la couronne sur la base de 107,50 Euros ?

Les deux actes ne présentent pas nécessairement de différences dans la difficulté de réalisation.

Les frais de prothésiste sont environ trois fois supérieurs pour une couronne que pour le faux moignon. Il conviendrait de penser que si l'acte coûte plus cher au praticien, il devrait être mieux valorisé financièrement.

B/ Les bases de remboursements des organismes complémentaires

150.- S'aligner sur le niveau de remboursement de l'assurance complémentaire reste répandu dans les cabinets dentaires de façon plus ou moins dissimulée.

Les patients sont invités à fournir la grille de prestation des mutuelles et les devis sont ventilés différemment, gonflés ou au contraire revus à la baisse, parfois par l'assistante dentaire formée à ce genre d'exercice.

Voici quelques exemples courants.

L'absence de prise en charge d'une couronne transitoire seule peut être compensée si le prix est englobé dans les honoraires de la couronne définitive qui suivra.

Si le faux moignon est pris en charge à hauteur de 350 euros alors qu'il n'en coûte que 250 euros usuellement, ses honoraires sont augmentés pour diminuer celui de la couronne.

Ceci est en apparence avantageux et satisfaisant pour le patient qui tire alors un

²³⁰ CE 30 juin 1993, Furter.

Première partie : La détermination du cadre juridique

maximum de profit de son contrat. Cela permet au praticien de mieux faire accepter ses devis puisque le reste à charge diminue voir disparaît.

151.- Ce procédé est cependant une fraude à l'assurance : le praticien ne peut en effet aligner ses honoraires sur la base de remboursement des organismes complémentaires²³¹.

Les opticiens ont été récemment mis en cause à ce sujet.

L'UFC-Que Choisir a enquêté chez 1 188 opticiens, soit 10 % des magasins²³². Se faisant passer pour des clients venant se renseigner, ils devaient sélectionner une monture plus coûteuse que le maximum remboursable par leur complémentaire, informer le vendeur de cet état de fait, et observer sa réaction. Dans 17,9 % des cas, soit près d'un sur cinq, l'opticien a proposé de falsifier la facture pour que le client soit mieux remboursé par sa mutuelle. L'aménagement serait classique : augmenter le prix facturé sur les verres, davantage pris en charge, et diminuer celui de la monture.

Pour la dentisterie la même technique est utilisée.

Si cette pratique donne un avantage à court terme au patient, elle a pour effet pervers d'augmenter à terme les primes annuelles puisque les volumes de remboursement sont tirés à leur maximum.

La valeur du travail doit donc en théorie s'apprécier en dehors de toute considération pour le niveau de remboursement mais en pratique tant de la part des juridictions civiles que sur le plan ordinal le principe est bien loin d'être appliqué, si bien que les conventions implicites de la profession établissent le seuil du dépassement acceptable à trois à quatre fois le remboursement de la sécurité sociale²³³, quand bien même ce

²³¹ A propos des honoraires d'une sage-femme : « *la circonstance que ces dépassements pouvaient être pris en charge par une mutuelle ne justifiait pas cette majoration d'honoraires* », CE Mme DC, 30 septembre 2005.

²³² Le Monde.fr, « *Alerte à la fraude sur le prix des lunettes* », 20 Mai 2014.

[http://www.lemonde.fr/societe/article/2014/05/20/alerte-a-la-fraude-sur-le-prix-des-lunettes_4421892_3224.html], page consultée le 10 mai 2015.

²³³ Conseil National de l'Ordre des Médecins, Recommandations du séminaire ordinal annuel du 10 au 13 mai 2012 sur le thème Accès aux soins présentées par Le Docteur Michel Legmann, 29 Mai 2012.

« *En tout état de cause, le CNOM considère, pour en finir avec les excès incompréhensibles, qu'en aucun cas, les honoraires demandés à un patient pour lequel toutes les conditions énoncées plus haut sont remplies, ne sauraient dépasser 3 à 4 fois le montant opposable de l'acte concerné. Dans tous les cas, le médecin devra fournir toutes explications justifiant*

Première partie : La détermination du cadre juridique

référentiel serait illogique.

152.- L'appréciation du tact et de la mesure se fait par ailleurs au travers de cinq critères issus de la jurisprudence.

Les 5 points seraient : la notoriété du professionnel concerné et la situation du patient, la technicité de l'acte et le service rendu, enfin le tarif moyen des autres praticiens²³⁴.

C/ La prestation

153.- Le geste technique peut être chiffré en terme de difficulté, de concentration ou de besoin de formation supplémentaire par exemple.

C'est le praticien qui place la valeur en fonction du coût de son plateau technique, du temps et de l'argent mis à profit pour se former.

Charge à lui de valoriser son travail pour que le patient ressente la valeur ajoutée en terme de qualité de soin apportée par du nouveau matériel ou des produits coûteux.

Cette valorisation aux yeux du patient est d'autant plus délicate lorsque la prestation est surtout intellectuelle et ne nécessite pas un plateau technique impressionnant.

Les professions juridiques sont sur ce point très largement concernées.

La rémunération des avocats a quelquefois également été mise en balance avec la qualité du travail réalisé et donc indirectement du service rendu.

La difficulté de la rémunération d'une « consultation juridique » est qu'elle ne nécessite pas d'équipement technique mais uniquement les capacités intellectuelles de celui qui la donne.

Ce dernier point est un des plus difficile à quantifier.

Un arrêt rendu par la première chambre civile de la Cour de cassation, le 18 novembre 1997²³⁵ pose ce problème.

son dépassement, faute de quoi il pourra faire l'objet de poursuites disciplinaires. »

²³⁴ Question écrite de Mr A. Fauconnier n° 11639, Ministère de la Santé et des Sports publiée dans le JO Sénat du 07 Janv. 2010, Réponse du Ministère publiée dans le JO Sénat du 25 Mars 2010, p. 769.

²³⁵ D. Aff. 1998.21, Defrénois 1998.405, obs. A. Bénabent.

Première partie : La détermination du cadre juridique

Un cabinet d'expert-comptable dispense à un avocat deux consultations relatives au droit fiscal, sans évaluation du prix au préalable.

Les opinions remises, le client refuse de régler le montant demandé.

Les juges du fond le condamnent, soulignant d'une part, qu'il n'apporte pas la preuve que la facturation aurait été exorbitante, eu égard aux paramètres ordinaires en matière d'honoraires (usages, réputation du cabinet, comparaison avec les tarifs de ses confrères de même taille, etc.) et d'autre part, que le juge ne saurait porter une appréciation sur la valeur en soi d'une consultation.

Cependant les articles 1134 et 1315 du Code Civil disposent ainsi: *«il incombe au prestataire, en sa qualité de demandeur d'établir le montant de sa créance et à cet effet, de fournir les éléments permettant de fixer ce montant et il appartient au juge d'apprécier celui-ci, en fonction notamment de la qualité du travail fourni ».*

En dentisterie également il peut s'agir d'une prestation quasiment exclusivement intellectuelle.

Par exemple la mise en place d'un traitement global va nécessiter des moulages, des photographies et des radiographies.

Le coût de ces techniques est minime et le matériel nécessaire n'est pas spectaculaire.

Cependant la réflexion autour du cas va prendre du temps, mobiliser des connaissances spécifiques dans chaque domaine.

En pratique les chirurgiens-dentistes demandent très rarement des honoraires pour la réalisation de telles études pourtant chronophages.

Lorsque la prestation ressemble dans sa procédure à un acte figurant à la nomenclature sans dépassement possible, le patient peut se poser des questions sur la raison d'être de tels honoraires.

C'est le cas notamment de la parodontie, les patients assimilent un surfaçage à un détartrage, les instruments étant similaires (curettes, instruments ultrasonores, irrigation d'antiseptiques).

Une mise en scène « *marketing* » de l'exercice est parfois encouragée de façon implicite par les vendeurs de matériel dentaire et les formateurs qui ont un public tenté par l'idée de rentabiliser leur journée de formation.

Première partie : La détermination du cadre juridique

Il s'agit de tests bactériologiques, d'irrigation d'antiseptiques locaux, de polissage à base de poudre de glycine ou de bicarbonate, d'aéropolissage pour l'élimination des colorations dentaires etc.

L'objectif est de faire accepter des devis comportant une partie hors nomenclature²³⁶.

Sans remettre en cause la nécessité thérapeutique ni l'exécution consciencieuse de l'acte, le praticien met en place des protocoles afin que le patient prenne conscience de l'importance du geste, et donc de la justification de ses honoraires.

Il semble donc que les praticiens soient conscients de l'importance de la présentation et de l'enveloppe des actes.

D/ Le temps

Le temps passé est un élément cartésien mais pouvant malgré tout poser question, notamment en cas de rendez-vous manqué...

a) Un élément objectif

154.- L'acte va immobiliser le matériel technique et le personnel en rapport pour un temps donné.

Ce paramètre paraît donc tout à fait logique.

De plus pour le patient il s'agit d'un élément palpable, d'autant plus qu'il « subit » la prestation...

Il comprendra plus facilement que la réalisation d'une prothèse en plusieurs séances d'une heure avec plusieurs essayages soit plus coûteuse qu'un acte plus simple.

Il est d'usage d'entendre des patients s'offusquer des 23 euros que coûte une consultation pour cinq minutes entre deux rendez-vous et une ordonnance, quand bien même le geste d'urgence pour soulager la douleur aurait été réalisé ou prescrit.

155.- Toutefois pour les actes prothétiques le volume des honoraires n'est pas en adéquation avec le temps passé puisqu'ils ne représentent qu'une part minoritaire du temps consacré à l'activité globale comme nous l'avons déjà évoqué²³⁷.

²³⁶ Mis à part la gingivectomie qui n'est que rarement indiquée en parodontie moderne, les soins destinés aux traitements des maladies parodontales sont hors nomenclature.

Première partie : La détermination du cadre juridique

La logique de ce critère a donc ses limites.

b) Le temps perdu ?

156.- Un dentiste peut-il réclamer des honoraires lorsque le patient a annulé son rendez-vous sans prévenir?

Les patients peu respectueux des horaires sont un vrai problème pour les cabinets qui, selon une étude à l'initiative des professionnels de santé de Franche Comté, se chiffre à 28 millions de consultations annuelles.

Pour les médecins c'est un manque à gagner de deux heures par semaine²³⁸.

Compte tenu du coût horaire d'un cabinet dentaire, l'idée de faire régler des honoraires en cas de rendez-vous manqué est largement plébiscitée par la profession²³⁹.

157.- Pour les médecins le Code de déontologie interdit clairement ce procédé

Article R.4127-53 du Code de la santé publique :

« Les honoraires du médecin doivent être déterminés avec tact et mesure, en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés ou de circonstances particulières.

Ils ne peuvent être réclamés qu'à l'occasion d'actes réellement effectués même s'ils relèvent de la télémédecine»²⁴⁰.

158.- Pour les chirurgiens-dentistes, aucune disposition n'est présente à ce sujet.

L'article R. 4127-240 du code de la santé publique ne fait pas explicitement interdiction à un chirurgien-dentiste de demander des honoraires à un patient en l'absence de soins.

²³⁷ Autorité de la concurrence, Avis n°12-A-06 du 29 février 2012 relatif aux effets sur la concurrence de l'exclusivité de la vente des prothèses dentaires par les chirurgiens-dentistes.

²³⁸ A. DUBURCQ, I. BUREAU, L. COUROUVE, « Enquête auprès des médecins libéraux de Franche-Comté sur les rendez-vous non honorés par les patients », URPS-ML-Franche-Comté, Avril 2013, p. 9 et 12.

²³⁹ 78 % des praticiens interrogés y seraient favorables (Dentoscope n°120, 04 Nov. 2013, p. 9.)

²⁴⁰ CSP Art. R. 6316-1 et suivants.

Première partie : La détermination du cadre juridique

A première vue, rien n'interdit cette réclamation.

Cela correspondrait alors à des dommages et intérêts pour réparer le préjudice financier qu'a causé le rendez-vous manqué.

159.- La transposition de notions de droit des contrats dans les cabinets dentaires amènerait à penser que lorsque le traitement n'a pas commencé, le contrat n'est pas formé et que praticien et patient sont en pourparlers.

Une rupture fautive des pourparlers ne donnant qu'exceptionnellement lieu à des dommages et intérêt, le praticien pourrait difficilement justifier cette créance.

Il en est autrement lorsque le traitement est en cours, le contrat étant valide.

Le patient a porté préjudice financièrement à l'entreprise dentaire, ce qui pourrait donner lieu à un manquement contractuel et donc à des dommages et intérêts matérialisés par le règlement d'honoraires pour une consultation non honorée.

Cependant le « contrat de soin » a la qualité d'être lié à un consentement révocable à tout moment.

160.- Le problème devient litigieux lorsqu'intervient une rupture de soin au cours de plan de traitement prothétique.

Lorsque le patient décide de suspendre son traitement, il retire son consentement comme la loi l'y autorise.

Néanmoins il en ressort un préjudice matérialisé pour le praticien qui a engagé des frais et du temps.

161.- Dans les pays voisins le problème s'est également posé.

L'Ordre des psychologues du Québec a récemment modifié son Code de déontologie afin d'y prévoir la facturation de frais pour rendez-vous manqués à condition qu'il y ait une information préalable du patient à ce sujet²⁴¹.

Par ailleurs pour les praticiens qui désirent ce moyen et qui craignent une perception

²⁴¹ Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick, Bulletins, Déc. 2003. [www.cpsnb.org/french/Bulletins/December%202003%20french.html] Page consultée le 13 Janv 2009.

Première partie : La détermination du cadre juridique

négative du patient (vécue comme une façon de leur soutirer de l'argent), l'article propose de remettre les sommes perçues à un organisme de charité²⁴².

162.- Le Conseil de l'ordre national des chirurgiens-dentistes n'est pas opposé à un système d'indemnisation²⁴³.

Le montant doit être fixé avec tact et mesure et ne doit pas donner lieu à une prise en charge par l'assurance maladie.

L'indemnisation ne peut se faire qu'une fois le contrat médical formé comme nous l'avons vu.

L'instance ordinaire conseille donc un affichage des pénalités en salle d'attente et si possible une mention dans le devis signé par le patient, rendant la clause pénale et licite.

Cependant cette position récemment émise vient en contradiction avec un précédent arrêt dans lequel un praticien avait reçu un avertissement pour avoir réclamé une indemnisation à une patiente n'ayant pas honoré un rendez-vous après avoir manqué deux séances précédentes²⁴⁴.

« Madame M. H. avait signé en 2001 un document prévoyant qu'en cas de rendez-vous non honoré le patient réglerait la somme d'environ 76 euros, soit une heure de frais de cabinet, l'information qui figurait dans la salle d'attente du cabinet dentaire du Docteur C. en 2007 indiquait que pour le même motif la somme à payer serait le montant d'une consultation soit 21 euros ».

La somme réclamée a été ramenée à 38 euros en conciliation.

Le praticien a toutefois reçu un avertissement pour non respect de la déontologie puisque, malgré l'absence disposition de l'article R. 4127-240 du Code de la santé publique faisant interdiction de demander des honoraires à un patient en l'absence de

²⁴² C. DUBE-BARIL, « La facturation de frais pour rendez-vous manqués », JADC, Vol. 75, n°1, Fév. 2009.

[www.cda-adc.ca/jcda/vol-75/issue-1/33.htm], page consultée le 11 Fév. 2015.

²⁴³ « Une indemnisation pour les rendez-vous manqués ? », La lettre n°125, Fév-Mars 2014.

²⁴⁴ Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, Audience publique du 5 mai 2011, Décision rendue publique par affichage le 7 juillet 2011, Affaire : Docteur Gilles C. Chirurgien-dentiste, Dos. n° 1834.

Première partie : La détermination du cadre juridique

soins, celui-ci n'était « *déontologiquement pas en droit de réclamer à Madame M. H. des honoraires en l'absence de soins* ».

Cette décision semble illustrer la difficulté de prendre position dans de telles situations.

163.- Réclamer un « supplément d'honoraires de carence » sur la consultation suivante reste cependant peu appliqué.

Ces honoraires ne peuvent bien sûr pas être remboursés par l'assurance maladie obligatoire et doivent faire l'objet d'une information de ce procédé soit dans la salle d'attente soit sur le devis.

Cette information reste surtout dissuasive et nul doute qu'une éventuelle injonction de payer restera sans effet pour une « non consultation ».

A notre sens une réclamation par principe trouve tout son sens dans un contexte de responsabilisation du patient.

Soulignons toutefois quelques réactions aux propositions des médecins...Les patients ont quant à eux émis l'hypothèse d'une diminution des coûts en cas de retard ou de consultation bâclée pour lesquels les praticiens s'excusent rarement...

D/ Le service rendu

164.- Ce point est plus difficile à apprécier.

Une première difficulté s'offre à nous puisque la perception du résultat du soin n'est pas toujours la même entre patient et praticien.

Le praticien va considérer comme un service important le soin parodontal qui aura permis une diminution de l'inflammation gingivale.

Le patient ne va peut-être observer que les trous noirs, l'allongement des dents, et le service rendu selon lui sera alors faible...

165.- Plus que le service rendu, c'est souvent la qualité des soins qui est mise en relation avec le volume des honoraires²⁴⁵.

²⁴⁵ Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, Audience publique du 17 juillet 2008 Lecture du 20 novembre 2008
Affaire : Docteur Alain V. Chirurgien-dentiste, Dos. n° 1718-1719-1720.

Première partie : La détermination du cadre juridique

Il est d'autant plus tendancieux que l'acte est à visée esthétique, par exemple quand l'objectif est de corriger un sourire disgracieux.

La relation médecin malade repose sur un déséquilibre évident.

Le patient n'est pas en mesure d'évaluer la qualité du service objectivement rendu, ni le lien de causalité entre le soin et le résultat.

Une grande partie de l'incompréhension qui existe entre les patients et les praticiens vient de l'incapacité du premier à évaluer de façon qualitative le travail fourni.

Ce critère n'est donc pas à notre sens un élément isolément valable pour déterminer ses honoraires.

Il est préférable d'évaluer le montant des honoraires par rapport à un niveau de qualité technique, ce qui présuppose une certaine exigence du praticien vis à vis de ses actes...

E/ Les qualités intrinsèques du praticien

166.- La renommée et la réputation du praticien justifient des honoraires majorés par rapport à la moyenne régionale pour des actes équivalents.

La première convention de 1971 reconnaissait le principe avec la possibilité de dépassement d'honoraires conventionnés pour les médecins en raison de qualité particulière résultant de leurs titres universitaires ou hospitaliers, ou encore en raison d'une « autorité médicale accrue » comme nous l'avons déjà évoqué.

Ce droit permanent à dépassement (DP) a été fermé par la convention de 1980²⁴⁶.

Considérant « que les plans de traitements étaient critiquables et comportaient des incohérences ; que les procédés et techniques mis en œuvre n'étaient pas adaptés à l'état dentaire et parodontal de Monsieur S. et de Madame S. et que l'un et l'autre ont reçu des soins qui n'étaient pas conformes aux données acquises de la science et qui, en raison de leur caractère gravement défectueux, ont occasionné de nombreuses et douloureuses interventions ; que, d'autre part, les honoraires perçus pour ces travaux et qui ont été de 43 773E pour Monsieur S. et de 20 245E pour Madame S. ont été fixés à un montant excessif ; (...) La sanction de la radiation du tableau de l'Ordre est infligée au Docteur Alain V.. Cette sanction prendra effet à compter de la notification au praticien de la présente décision ».

²⁴⁶ Arrêté du 5 juin 1980 portant approbation de la convention conclue entre, d'une part, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et conjointement la Caisse centrale de secours mutuels agricoles et la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles et, d'autre part, la Fédération des médecins de France, JO 6 juin 1980.

Première partie : La détermination du cadre juridique

La jurisprudence ordinaire vient confirmer le rôle des qualités du praticien dans l'évaluation des dépassements²⁴⁷:

*« Considérant, en second lieu, qu'il est constant que les soins dispensés au patient ont donné lieu à des honoraires comportant un fort dépassement alors qu'aucun devis n'avait été établi ; que cette irrégularité doit d'autant plus être relevée que le Docteur B. bénéficiait d'un droit permanent à dépassement ; que la circonstance que, selon lui, des indications verbales auraient été données au patient sur le coût des soins envisagés et que celui-ci n'aurait pas émis de réserve n'est pas de nature, à la supposer établie, à justifier l'attitude du Docteur B. ; **qu'en revanche, compte tenu de la notoriété du praticien, de ses titres et de sa compétence, les honoraires demandés ne peuvent être regardés comme ayant été fixés sans tact ni mesure**».*

Il s'agit ici de la réalisation:

« d'un surfaçage qu'il a coté détartrage avec dépassement au niveau de la cotation (det : SC 12 + DP : 100 euros), suivant les indications données par le chirurgien-dentiste conseil régional dans son cours universitaire ; que son acte a duré trois quarts d'heure ; qu'il a effectué une réparation SPR 10 + entente directe (60E), le montant des soins s'élevant à 210,42E »

Ceci implique 160 euros de dépassements.

Le patient peut difficilement apprécier la renommée du praticien dans le milieu médical, si ce n'est peut-être lorsque le praticien affiche ses diplômes ou laisse des tirés à part de ses articles ou ouvrages dans son cabinet, données objectives... Encore faudrait-il que le patient les consulte !

L'Ordre gère ce qui est affichable ou non sur les plaques et imprimés professionnels et seuls les diplômes et qualifications officiellement reconnues peuvent figurer sur les

²⁴⁷ Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, Audience publique du 17 janvier 2008, Lecture du 6 mars 2008, Affaire : Docteur Pierre B. Chirurgien-dentiste, Dossier n° 1678.

Première partie : La détermination du cadre juridique

documents officiels²⁴⁸.

Si ce contrôle permet au patient d'être sûr de la qualité des formations suivies par son dentiste, le caractère limitatif a des effets pervers.

Ces dispositions rendent impossibles la valorisation de certaines formations post universitaires pourtant de qualité.

Plus que les titres et travaux c'est surtout la renommée du chirurgien-dentiste qui prévaut pour le patient.

Les conférences à l'étranger, les fonctions d'enseignement ou de conférencier sont un atout majeur qui laisse deviner une compétence majorée et donc justifier un surplus tarifaire.

167.- Citons encore la parodontie qui n'est pas une spécialité reconnue, ce qui rend difficile l'appréciation des honoraires au regard de la compétence du dentiste.

« S'agissant des soins parodontaux, il indique que la qualification de spécialiste en parodontologie n'existe pas au sein de la profession de chirurgien-dentiste. Il soutient que tous les actes qu'il a réalisés font partie de sa pleine capacité de chirurgien-dentiste. Il fait en outre valoir que les soins qu'il a pratiqués n'étaient pas un simple détartrage et correspondaient à des actes hors nomenclature. Il soutient en outre que les honoraires fixés étaient inférieurs à la moyenne de ceux pratiqués dans la région toulousaine et sa périphérie. Il estime avoir satisfait à sa mission d'information en remettant à la patiente un devis précis et écrit »²⁴⁹.

Le praticien invoque ici sa capacité et a pris pour référence les honoraires des cabinets voisins.

Or la Cour qualifie ses honoraires d'excessifs en motivant ses conclusions comme il suit :

« - que si les soins pratiqués ne sont pas considérés par le Docteur T. comme des

²⁴⁸ CSP Art. R 4127 et suivants.

Seuls les diplômes comportant un « versant clinique » et un « intérêt dans la pratique quotidienne du praticien » peuvent être mentionnés sur les plaques et imprimés professionnels. (CE 2 juin 2010 Gilles A, Req n° 316735 : Lebon T. 954.)

²⁴⁹ Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, Audience publique du 17 janvier 2008, Lecture du 6 mars 2008, Affaire : Docteur Pierre B. Chirurgien-dentiste, Dossier n° 1678.

Première partie : La détermination du cadre juridique

détartrages ni des gingivectomies mais des soins et traitements parodontaux dits hors nomenclature, les éléments qu'il a produit lors de l'expertise ne permettent pas d'établir que Madame R. présentait une pathologie parodontale avant les soins ;

- *que le Docteur T. a mis en place une surveillance parodontale et des soins parodontaux qui ne correspondent pas à ce que l'on est en droit d'attendre d'un spécialiste en parodontologie ; qu'il n'a pas réalisé toutes les investigations nécessaires afin de mesurer l'état de la patiente ; que ces insuffisances sont liées au fait que le Docteur T. ne possède aucune formation spécifique universitaire en parodontologie ;*
- *que dans ce contexte, la prise d'honoraires de parodontologiste exclusif et spécialisé dans ce type de traitement est excessif »²⁵⁰.*

Les paramètres ici pris en compte sont donc :

- les titres et diplômes du praticien
- le caractère proportionné du coût du traitement par rapport à la pathologie, donc le service médical rendu

Alors même que la spécialité n'est pas reconnue, mieux vaut avoir une qualification permettant d'affirmer sa compétence dans un domaine²⁵¹.

F/ Les qualités intrinsèques du patient

²⁵⁰ Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, Audience publique du 17 janvier 2008, Lecture du 6 mars 2008, Affaire : Docteur Pierre B. Chirurgien-dentiste, Dossier n° 1678.

²⁵¹ Nous retrouvons ici la différence entre capacité et compétence

Le chirurgien-dentiste s'occupe de l'ensemble de la sphère buccale. L'article L 4141-4 du Code de la santé publique fait mention de la bouche, des dents, des maxillaires et des tissus attenants. Il a donc la capacité de travailler sur l'ensemble de ces tissus... mais en cas de survenue d'une complication il devra en démontrer sa compétence.

Lire à ce sujet l'arrêt de la Cour de cassation, Chambre criminelle, 15 novembre 2011, pourvoi n° 10-88316 portant sur la compétence d'un chirurgien. Ce dernier invoquant l'omnivalence de son diplôme, lui permettant de réaliser des opérations esthétiques bien qu'étant spécialisé en chirurgie thoracique.

Lire également : F-J. PANSIER, C. CHARBONNEAU, « *La compétence professionnelle et la formation médicale continue, Titre III - Chapitres I et II* », Gazette du Palais, 04 mai 2002 n° 124, p. 15.

Première partie : La détermination du cadre juridique

168.- Le maître mot de la détermination des honoraires est l'adaptabilité des tarifs par rapport à un contexte donné.

L'affichage obligatoire des fourchettes d'honoraires dans les cabinets dentaires atteste de ces variations possibles en fonction de la situation²⁵².

a) Le lien avec le patient

169.- L'usage est que le praticien soigne gratuitement ses proches parents, ses confrères et les personnes à leur charge, les étudiants en médecine, le personnel à son service, ses collaborateurs et auxiliaires directs, ainsi que ses amis intimes.

Cependant ces usages n'ont aucune force obligatoire²⁵³.

De même pour les soins prodigués à sa famille²⁵⁴.

b) La situation financière

170.- Nous développerons dans le titre consacré aux organismes complémentaires la licéité de moduler les honoraires en fonction de l'adhésion à certains organismes.

Abordons ici la modulation au regard d'une situation financière d'un patient.

171.- Le Conseil de la concurrence reconnaît une certaine modulation des honoraires pour un même type d'actes et cite à côté de facteurs objectifs de différenciation (qualité des matériaux, difficulté de la tâche), la solvabilité de la demande (niveau de revenu, taux de couverture complémentaire)²⁵⁵.

²⁵² Voir paragraphe 211 et suivants.

²⁵³ Cass. 1^{re} civ. 26 nov. 1981, D. 1982. 562, note E. Agostini. Un médecin refuse le règlement des frais médicaux de son fils en totalité, mettant en avant la confraternité. La Cour conclue qu'il ne s'agit « *que d'un usage confraternel qui n'a aucune force légale* ».

²⁵⁴ Ne constitue pas, non plus, une violation des règles de déontologie le seul fait de demander des honoraires pour les soins dispensés à sa mère CE 7 juill. 1993, Vilain, D. 1993, IR 215.

Sur la nature du contrat médical en cas de gratuité, V. Cass. civ. 18 janv. 1938 (S. 1939. I. 201, note P. Esmein, Gaz. Pal. 1938. I. 114, JCP 1938. II. 625) ; comp. Cass. civ. 27 juin 1939 (DC 1941. 53, note M. Nast, S. 1940. I. 73, note R. Morel).

²⁵⁵ Autorité de la concurrence, Avis n° 12-A-06 du 29 février 2012 relatif aux effets sur la concurrence de l'exclusivité de la vente des prothèses dentaires par les chirurgiens-dentistes.

Première partie : La détermination du cadre juridique

172.- Les « marqueurs sociaux » du patient pourraient influencer sur la proposition de traitement.

L'article R 4127-211 du Code de la santé publique impose au praticien de soigner avec la même conscience le patient, faisant fi de son origine, mœurs, situation de famille, religion ou affinité...²⁵⁶

L'appartenance sociale ne devrait donc pas influencer l'orientation thérapeutique.

Pourtant nombre de praticiens ne proposent pas d'implants, d'onlays ou de traitements conservateurs devant un patient en apparence désargenté.

173.- L'ensemble des paramètres évoqués aide le praticien à déterminer ses honoraires avec « tact et mesure ». Cette formule n'étant pas objective, le praticien s'aide de paramètres concrets.

Nous voyons cependant que tous ces éléments posent des difficultés d'interprétation.

Le tarif opposable n'est officiellement pas admis comme base, mais la jurisprudence l'utilise à foison lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère abusif d'honoraires.

La prestation et le service rendu ne sont pas toujours appréciés à leur juste valeur par le patient, ou du moins le praticien le suppose.

Le temps est moins discutable...sauf en cas de temps perdu.

La situation financière du patient influe. Le patient désargenté verra une solution moins complète proposée d'emblée tandis que celui ayant des signes extérieurs de richesse aura un devis complet, peut-être trop.

Nous verrons d'ailleurs que proposer un traitement en fonction des possibilités financières du patient est largement réprimé quand bien même il serait d'usage de le faire²⁵⁷.

Une fois ces honoraires déterminés, il convient de les présenter aux patients. Ce point est largement plus encadré que le précédent.

²⁵⁶ Lire par exemple un praticien condamné pour discrimination de patients en raison de leur non appartenance à l'Islam : T. corr. Paris, 19 Déc. 91, Juris data n°051715.

²⁵⁷ L. DUBOUIS, « *La prothèse et l'argent : le juge agent de la réforme de notre système de soins* », RDSS, Vol 278,15 juin 2001, p. 278-281.

Titre Deuxième Le consentement du patient

174.- Dans la création d'un acte juridique, il s'agit de l'adhésion d'une partie à la proposition faite par l'autre²⁵⁸.

Le patient doit donc être informé sur le montant de la prestation à envisager. Cette notion est donnée directement par le praticien avec le devis dont l'encadrement est très strict.

Parallèlement une diffusion plus généraliste des coûts est également imposée au chirurgien-dentiste.

Malgré cette information préalable nous verrons que les patients peuvent revenir sur ce consentement concernant le paramètre financier pendant ou après les soins.

Chapitre 1 Le devis

175.- Si la détermination des honoraires est relativement floue, la présentation et l'information au patient des coûts est très codifiée.

Le devis en est l'élément majeur, devenant la « *bonne à tout faire des contrats* »²⁵⁹.

176.- Le devis est retrouvé dans trois sources:

- dans la Convention nationale²⁶⁰ : soins soumis à entente directe ;
- dans le Code de la santé publique²⁶¹ ;

²⁵⁸ Lexique des termes juridiques, 21^{ème} Edition, Dalloz, 2014.

²⁵⁹ Le terme devis vient du verbe « deviser ». Au XIII^e siècle l'expression était uniquement utilisée pour désigner les dispositions testamentaires. En 1804, le Code civil conçoit sous le nom de devis tous les contrats d'entreprise qui ont pour objet une chose matérielle (C. civ., art. 1787 à 1789). Ces contrats ont pour objet la fabrication, la transformation ou l'entretien d'une chose.

Ph. MALAURIE, L. AYNÈS et P.-Y. GAUTIER, « *Les contrats spéciaux* », Ed. LGDJ, 7^e éd., 2014, 712p.

²⁶⁰ La convention nationale (Titre IV- article 4.2.1-2) mentionne l'obligation pour le chirurgien-dentiste d'établir un devis descriptif écrit, comportant des éléments obligatoires et des éléments facultatifs, avant l'élaboration d'un traitement pouvant faire l'objet d'une entente directe sur les honoraires.

²⁶¹ CSP Art L 1111-3 : contenu de l'information écrite en cas de fourniture d'un dispositif médical sur mesure; Art R 6622-30 : soins à visée esthétique.
« *Lorsque le chirurgien-dentiste est conduit à proposer un traitement d'un coût élevé, il*

Première partie : La détermination du cadre juridique

- dans le Code de la sécurité sociale²⁶².

Les textes législatifs et conventionnels encadrent ce devis, lui donnant une fonction et un contenu bien défini.

Section 1 Les fonctions du devis

177.- Hors du domaine médical le devis n'est dans l'absolu pas un préalable indispensable à la formation du contrat d'entreprise ou de service.

Pourtant, s'il constitue un document facultatif pour la majorité des cas, il est fréquemment utilisé pour décrire les travaux à effectuer et en estimer leur coût²⁶³.

§1 Un incontournable en cas de reste à charge

178.- La chirurgie esthétique et la dentisterie sont parmi les domaines médicaux dans lesquels le devis joue un rôle central.

179.- Pour ce qui concerne la médecine esthétique, l'arrêté du 17 octobre 1996 avait consacré l'information en matière de tarifs par la remise d'un devis détaillé dans trois situations :

- lorsque la prestation envisagée est évaluée à un montant égal ou supérieur à 2.000 francs ;

établit au préalable un devis écrit qu'il remet à son patient. »

CSP Art. R4127-240 anciennement : Code de déontologie des chirurgiens-dentistes

Titre 2 : Devoirs des chirurgiens-dentistes envers les patients

²⁶² CSS Art. L162-1-9 modifié par la loi n°2004-810 du 13 août 2004, Art. 43 JORF 17 août 2004 : « *Lorsqu'un chirurgien-dentiste ou médecin fait appel à un fournisseur ou à un prestataire de services à l'occasion de la réalisation des actes pris en charge par les organismes d'assurance maladie, il est tenu de fournir au patient un devis préalablement à l'exécution de ces actes puis une facture lorsque ces actes ont été réalisés.*

Un arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'économie fixe le contenu des informations devant figurer sur le devis et la facture et, le cas échéant, les modalités particulières d'élaboration de ces pièces et de leur transmission aux patients.

Les infractions aux dispositions du premier alinéa sont constatées et sanctionnées dans les mêmes conditions que les infractions aux décisions prises en application de l'article L. 162-38. L'assuré communique à sa caisse, à l'occasion du remboursement, copie de la facture. »

²⁶³ J.M. MOUSSERON, M. GUIBAL et D. MAINGUY, « *L'avant-contrat* », Éd. F. Lefebvre, 2001, p. 206.

Première partie : La détermination du cadre juridique

- lorsque la prestation nécessite pour sa réalisation de pratiquer une anesthésie générale ;
- lorsque le patient examiné en fait la demande.

La loi du 4 mars 2002 inclut les aspects financiers du traitement dans le champ des informations à délivrer au patient. Citons l'article L 111-3 du Code de la santé publique:

« Toute personne a droit, à sa demande, à une information, délivrée par les établissements et services de santé publics et privés, sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et les conditions de leur prise en charge. Les professionnels de santé d'exercice libéral ainsi que les professionnels de santé exerçant en centres de santé doivent, avant l'exécution d'un acte, informer le patient de son coût et des conditions de son remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie ».

Dans le domaine dentaire le devis joue un rôle similaire et revêt, comme nous allons le voir, les mêmes formes.

A/ L'Information quantitative

180.- Nous avons vu que le devis demeure une obligation lors de soins imposant un reste à charge au patient²⁶⁴.

Lorsque les remboursements de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire couvrent en totalité les frais il peut être admis que le praticien n'en délivre pas.

« Considérant (...) que le Docteur D., qui reconnaît n'avoir pas présenté de devis pour les soins qu'il a dispensés au requérant, soutient que les soins n'ont donné lieu à aucune charge financière pour celui-ci, dès lors que leur montant a toujours correspondu aux remboursements émanant de l'assurance maladie et de la

²⁶⁴ Sur le devis estimatif :

G. DECOCQ, C. GRIMALDI, H. LECUYER, J.MOREL-MAROGER, Dir. J. HUET, « Les principaux contrats spéciaux, Traité de Droit civil », LGDJ, 3e éd., 2012, p. 1684.n° 32166 En pratique, le devis estimatif peut parfois être considéré comme faisant parti du devoir de conseil.

Lire à ce sujet : Versailles, 4 fév. 1988, JCP 1988. IV, p. 367. Les juges ont estimé pour le chirurgien-dentiste que les règles en usage dans la profession imposent un devis préalable pour tous travaux importants.

Première partie : La détermination du cadre juridique

mutuelle du patient; que si celui-ci conteste ce fait, il n'apporte pas à l'appui de son affirmation le moindre commencement de preuve ; que pour regrettables qu'aient été à la fois l'absence de devis et le mode de fixation du montant des honoraires, le comportement du Docteur D. ne justifie pas, dans les circonstances particulières de l'affaire, qu'il soit prononcé à son égard une sanction disciplinaire »²⁶⁵.

L'absence de devis est ici critiquée mais l'absence de charge pour le patient en fait une circonstance atténuante.

L'obligation n'est pas de donner un montant formel et définitif mais plutôt de rendre le prix de la prestation envisagée déterminé ou déterminable.

B/ L'exigence d'antériorité

181.- Le devis marque une obligation de faire, contrairement au contrat de vente qui implique une obligation de mise à disposition.

Selon Anne-Catherine Chiariny-Daudet²⁶⁶, « *L'émission du devis signe l'engagement pris par le prestataire d'exécuter la prestation promise aux conditions prévues dans le devis avant toute acceptation des termes de celui-ci par le client.*

Le devis peut sans nul doute s'analyser en une promesse unilatérale de contrat d'entreprise qui génère non seulement l'obligation de réaliser l'examen préalable mais également l'obligation d'exécuter la prestation projetée en cas d'exercice de l'option par le bénéficiaire. Le client prend alors acte de l'engagement du prestataire et doit lui verser la rémunération prévue. »

Les articles du Code de la santé publique précités marquent la nécessité de son antériorité par rapport au début des soins en question.

Le praticien est lié par ce document en matière d'honoraire et ne peut donc revoir en cours de soin ses honoraires pour le même geste technique effectué dans les mêmes

²⁶⁵ Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, Audience publique du 26 février 2009 Lecture du 16 juillet 2009, Affaire : Docteur P. D. Chirurgien-dentiste Dos. n° 1742.

²⁶⁶ Anne-Catherine CHIARINY-DAUDET, « *Droit des contrats, Approche juridique du devis* », Petites affiches, 8 août 2007, n° 158, p. 3.

Première partie : La détermination du cadre juridique

conditions, du moins à la hausse.

182.- Le patient, lui, est tenu de régler les soins effectués.

En cas de non règlement, le praticien, devis signé à l'appui, pourra engager un recouvrement amiable, puis éventuellement une procédure d'injonction de payer²⁶⁷.

183.- La jurisprudence ordinaire confirme qu'une information orale du coût des soins est rarement admise lorsque les soins imposent un reste à charge.

« Considérant, en second lieu, qu'il est constant que les soins dispensés au patient ont donné lieu à des honoraires comportant un fort dépassement alors qu'aucun devis n'avait été établi; que cette irrégularité doit d'autant plus être relevée que le Docteur B. bénéficiait d'un droit permanent à dépassement ; que la circonstance que, selon lui, des indications verbales auraient été données au patient sur le coût des soins envisagés et que celui-ci n'aurait pas émis de réserve n'est pas de nature, à la supposer établie, à justifier l'attitude du Docteur B. ; qu'en revanche, compte tenu de la notoriété du praticien, de ses titres et de sa compétence, les honoraires demandés ne peuvent être regardés comme ayant été fixés sans tact ni mesure; Considérant que les faits exposés ci-dessus et retenus à l'encontre du Docteur B. justifient qu'une sanction disciplinaire lui soit infligée ; qu'il sera fait toutefois, une plus juste appréciation de leur gravité en ne retenant que la sanction du blâme et en réformant, en ce sens, la décision attaquée »²⁶⁸.

184.- Le caractère urgent des soins ne permet en aucun cas au praticien de déroger à l'exigence de devis²⁶⁹.

De même la complexité du cas ne permet pas non plus de s'affranchir d'un devis clair,

²⁶⁷ L'injonction de payer est une procédure rapide et à moindre coût auprès du tribunal d'instance du domicile du patient.

Le patient reste alors libre de faire opposition à la notification par acte d'huissier
Le délai de recours à cette mesure est de deux ans (Article 2272, Al 3, Code Civil)

²⁶⁸ Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, Audience publique du 17 janvier 2008, Lecture du 6 mars 2008, Docteur Pierre B. Chirurgien-dentiste, Dos. n° 1678.

²⁶⁹ Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, Audience publique du 21 février 2008 Lecture du 24 avril 2008, Docteur Jean L. Chirurgien-dentiste, Dos. n° 1672.

Première partie : La détermination du cadre juridique

lisible et renouvelé en cas d'aléa dans la réalisation du plan de traitement²⁷⁰.

185.- Un arrêt de la Cour d'appel de Paris du 20 novembre 2008 vient dans une certaine mesure adoucir l'obligation formelle de devis signé²⁷¹.

Le dossier note l'absence de devis signé, un devis a toutefois été remis au patient. Cependant des pièces telles que l'attestation de l'ancienne assistante, le nombre de rendez-vous sont autant d'éléments attestant la réalisation des soins et l'information suffisante donnée au patient.

Ce dernier ne pouvait ignorer la nature du traitement.

Sans devis signé, la juridiction impose une obligation de payer ses soins, dès lors que le praticien apporte la preuve de l'information par un autre moyen.

Mais le faisceau de présomption doit être étayé et le devis reste le document essentiel.

La jurisprudence ordinaire reprend le sens de la décision précédemment invoquée :

« Toutefois ce fait ne peut être regardé, dans les circonstances particulières de l'espèce, comme justifiant que soit infligée au Docteur L. une sanction disciplinaire, dès lors notamment que le patient ne conteste pas avoir reçu du praticien les indications précises relatives au coût du traitement compte tenu de sa prise en charge par les organismes sociaux, et qu'il résulte de l'instruction que l'information dont il a ainsi bénéficié n'a pu l'induire en erreur sur la somme qui serait en définitive à sa charge »²⁷².

Dans cet arrêt, le praticien avait aidé le patient à choisir sa mutuelle en fonction des soins à prodiguer et réalisés par la suite des soins non défectueux.

Les juges ont ainsi conclu que l'information avait été correctement réalisée au sujet du coût du traitement.

²⁷⁰ Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, Audience publique du 11 octobre 2007 Lecture du 20 décembre 2007
Affaire : Docteur Alain V. Chirurgien-dentiste Dos. n° 1636.

²⁷¹ Cour d'appel Paris Chambre 8, section A , N° 07/01095, Classement : Inédit, consultable sur Dalloz.fr.

²⁷² Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, Audience non publique du 26 mars 2009 Lecture du 23 avril 2009, Affaire : Docteur M. L. Chirurgien-dentiste, Dos. n° 1754.

Première partie : La détermination du cadre juridique

186.- Le rôle premier est donc, de façon évidente, de donner une information claire et matérielle du coût financier du traitement.

Néanmoins la lecture de la jurisprudence laisse certes apparaître un rôle dans l'adhésion financière du patient, mais également dans l'information purement technique du plan de traitement.

§2 Une preuve de l'information et du consentement

187.- En matière d'information le praticien est tenu à une obligation de résultat.

Lors de la mise en place du plan de traitement, l'établissement d'un devis se fait après examen clinique, radiologique, prise d'empreinte d'étude voir demande au prothésiste d'un montage directeur, c'est à dire une maquette du projet de réhabilitation finale.

Les différentes options thérapeutiques sont exposées, certaines étant plus coûteuses que d'autres.

Le choix se fait en fonction des possibilités techniques, des demandes esthétiques ou fonctionnelles mais aussi en fonction des coûts.

Le consentement total du patient en matière de soins dentaires ne peut donc être manifeste qu'après information sur la nature et le dépassement du montant des actes.

En cas de litige, peut être notamment vérifiée l'existence de plusieurs devis.

A/ Les limites de l'information

188.- L'obtention du consentement ne peut uniquement se fonder sur l'existence d'un devis.

En effet, l'exigence de ce document n'existe que lorsque le reste à charge financier existe.

« Considérant (...) que le Docteur D., qui reconnaît n'avoir pas présenté de devis pour les soins qu'il a dispensés au requérant, soutient que les soins n'ont donné lieu à aucune charge financière pour celui-ci, dès lors que leur montant a toujours correspondu aux remboursements émanant de l'assurance maladie et de la mutuelle

Première partie : La détermination du cadre juridique

du patient; que si celui-ci conteste ce fait, il n'apporte pas à l'appui de son affirmation le moindre commencement de preuve ; que pour regrettables qu'aient été à la fois l'absence de devis et le mode de fixation du montant des honoraires, le comportement du Docteur D. ne justifie pas, dans les circonstances particulières de l'affaire, qu'il soit prononcé à son égard une sanction disciplinaire »²⁷³.

Pour les plans de traitements comprenant soins ou extractions, donc uniquement des actes opposables, un autre mécanisme d'information doit être mis en place.

Le devis à lui seul ne peut être l'unique élément d'information.

Toutefois, étant le seul document signé de la main du patient et du praticien, il est la clé de voûte d'un plan de traitement.

Les engagements d'un patient peuvent y être mentionnés, comme par exemple les précautions après le traitement en termes de régularité des contrôles ou de ports de gouttières de protections par exemple.

Il s'agit dans ce cas de respecter une certaine obligation de conseil de la part du praticien²⁷⁴.

Lorsqu'une arcade dentaire est réhabilitée par prothèse tout céramique chez un patient ayant l'habitude de serrer les dents, il lui sera imposé le port d'une gouttière, condition sinequanone de la mise en place du traitement.

Si le patient mécontent d'une fracture de céramique demande réparation, l'expert mandaté recherchera alors une faute éventuelle.

Supposons que le devis de la réalisation d'une gouttière assorti d'une clause avertissant du risque de fracture en cas de non respect du port soit porté au dossier.

Le patient présente lors de l'examen clinique une gouttière non usée.

Il sera alors plus compliqué de considérer qu'une faute a été réalisée par le praticien.

²⁷³ Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, Audience publique du 26 février 2009 Lecture du 16 juillet 2009, Affaire : Docteur P. D. Chirurgien-dentiste, Dos. n° 1742.

²⁷⁴ G. DECOCQ, C. GRIMALDI, H. LECUYER, J.MOREL-MAROGER, Dir. J. HUET, « *Les principaux contrats spéciaux, Traité de Droit civil* », LGDJ, 3^e éd., 2012, p. 1684.

La jurisprudence reconnaît une obligation de conseil à la charge de l'entrepreneur. V. F. COLLART-DUTILLEUL, Ph. DELEBECQUE, « Contrats civils et commerciaux », Dalloz, Précis, 9^e éd. 2011, spéc. no 710, p. 631 ; 1038p. ; Ph. MALINVAUD, « Droit des obligations », Litec, 13^e éd., 2014, n° 229 et s.

Première partie : La détermination du cadre juridique

La mention de son existence dans un devis facilite sa défense en cas de mise en cause.

Il est donc primordial pour les praticiens de ne pas se limiter à la description du traitement dans le devis.

L'ensemble des précautions énoncées oralement, des obligations de maintenance et d'entretien doivent se retrouver dans le devis, seul élément signé de la main du patient dans le dossier médical.

B/ Le caractère révocable du consentement.

189.- La signature du devis, de même que le versement d'acompte comme nous le verrons, n'engage cependant pas le patient de façon ferme et définitive.

190.- La phase d'analyse peut être l'objet d'un devis distinct du plan de traitement définitif.

Le patient et le praticien ne sont ainsi nullement engagés dans la réalisation concrète de la réhabilitation.

Cette prestation s'apparente à un examen préalable de la situation du patient, indispensable à la réalisation d'un devis final.

Le caractère onéreux du devis de la phase dite préparatoire est admis en jurisprudence spécialement lorsque sa réalisation nécessite un examen approfondi de la situation afin de couvrir les frais nécessaires engagés par le prestataire²⁷⁵.

C'est l'exemple des empreintes d'étude et maquette du résultat final pour une réhabilitation dentaire de grande étendue.

Différencier les étapes dites préparatoires et de soin, morceler le plan de traitement (côté gauche puis droit par exemple) peuvent être intéressants en cas de révocation du consentement en cours de soin.

Il convient toutefois de stipuler que d'autres devis ont été remis au patient, confirmant qu'une solution globale a bien été proposée.

²⁷⁵ Cass. civ. 3e, 16 janvier et 29 avril 1985, RD imm. 1985.355 ; 11 janvier 1989, Lexis. En l'espèce, l'architecte perd ce droit si les plans sont inutilisables et sans intérêts par suite d'une interdiction de construire, celui-ci ayant omis de se renseigner. V. Cass. civ. 1re, 18 octobre 1965, Bull. civ. I, no 545, ou lorsque les plans ne tiennent pas compte de la dénivellation du sol, v. Cass. civ. 3e, 28 février 1969, Bull. civ. III, no 181.

Première partie : La détermination du cadre juridique

Cela permet par ailleurs au patient de prévoir un échelonnement des soins pour adapter le financement en conséquence.

§3 Le délai de réflexion

191.- Le devis est le point de départ du délai de réflexion.

Un arrêt de la chambre disciplinaire de première instance de l'Ordre de Midi-Pyrénées a statué en ce sens une première fois en prononçant un avertissement à l'encontre d'un praticien pour signature du devis le jour même de l'intervention²⁷⁶.

Lors de l'appel devant le Conseil de l'ordre national pour les mêmes faits, la sanction s'est montrée plus sévère²⁷⁷.

« Cette intervention, réalisée par le Docteur S. en présence notamment du Docteur D., a eu lieu le 7 juin 2002 ; que le jour même de l'intervention a été présenté à la signature de Monsieur L. et signé par lui un devis, daté du même jour, prévoyant pour un montant de 19 818 € la pose, par le Docteur S., de huit implants au maxillaire et de dix implants à la mandibule ; que ce même devis indiquait qu'une prothèse serait réalisée par le Docteur D. pour un montant « estimé à 12 000 € » ; que l'intervention du Docteur S. a été complétée par lui le 14 juin 2002 et que le Docteur D., qui avait préparé l'étude du cas, est intervenu pour les travaux qui lui incombait les 9 mai 2003, 23 mai 2003 et 13 juin 2003, Monsieur L. cessant à compter de cette date de faire appel à ses soins bien que ceux-ci aient été estimés inachevés par le Docteur D ».

La conclusion de la chambre est la suivante :

« Considérant que s'il n'est pas établi que la conduite thérapeutique qui a été adoptée par le Docteur D. à l'égard de Monsieur L. ait été erronée et que les soins qu'il a dispensés à l'intéressé aient été défectueux, Monsieur L. a, en revanche, été victime d'une information insuffisante sur le plan de traitement qui a été adopté et sur les choix que celui-ci comportait par rapport à ses souhaits et a été invité à signer le devis des soins en cause dans des conditions gravement contraires aux dispositions

²⁷⁶ Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, Audience publique du 25 septembre 2008 Lecture du 20 novembre 2008, Affaire : Docteur Marc D. Chirurgien-dentiste, Dos. n° 1659.

²⁷⁷ *Ibidem*.

Première partie : La détermination du cadre juridique

déontologiques précitées ; que le Docteur D. ne peut utilement, à cet égard, soutenir que le coût des travaux avait été évoqué avec le patient antérieurement à la présentation du devis et que ses propres soins n'ont été réalisés qu'un an après la signature de celui-ci, dès lors, d'une part, que, quelques soient les indications qui ont pu être données oralement, le devis d'un traitement d'un coût élevé doit être remis au patient avant l'engagement des travaux et que, d'autre part, l'intervention envisagée au profit de Monsieur L. constituait une opération globale et appelait donc de la part du patient un accord unique, ainsi d'ailleurs qu'en fait foi le contenu du document qui lui a été présenté ».

Sans toutefois quantifier le délai de réflexion, le devis signé juste avant de débiter correspond à des « *conditions gravement contraires aux dispositions déontologiques* ».

Nous pouvons imaginer que ce délai soit similaire à celui de la chirurgie esthétique soit quinze jours²⁷⁸.

§4 Cas particuliers

Une difficulté est de s'assurer que le patient a bien compris l'ensemble du plan de traitement.

En principe, les devis des correspondants éventuels ont été additionnés afin de mesurer l'engagement financier du patient.

Il doit de même être informé des possibilités de modification de ces devis en raison du caractère aléatoire de certaines procédures ou traitements.

A/ L'Interventions de correspondants

192.- La dentisterie tend à se spécialiser et à se distribuer entre un « omnipraticien » et ses correspondants (orthodontistes, implantologistes, parodontistes...).

Il est en effet récurrent que de l'implantologie et / ou de l'orthodontie soient nécessaires

²⁷⁸ CSP Art. L. 6322-2 et Art. D6322-30.

L'arrêté du 17 octobre 1996 en matière de chirurgie esthétique impose un délai minimum de quinze jours entre la remise du document d'information et l'intervention.

Lire à ce sujet en matière de chirurgie esthétique : C. Paris (Pôle 1, ch. 4), 29 mai 2009: RG n° 08/ 23204, Note M. BONNET, Gazette du Palais, 24 novembre 2009 n° 328, p. 35.

Première partie : La détermination du cadre juridique

avant la pose de couronnes dentaires.

Ce dernier acte est la prothèse, finalité pour le patient, répondant à sa demande esthétique et fonctionnelle initiale.

Le patient nécessite un plan de traitement global faisant intervenir différentes compétences, et donc différents devis.

193.- Dès lors comment doit s'envisager l'information du coût financier total de ce traitement?

Les diverses parties doivent elles s'assurer que l'ensemble des acteurs a bien remis un devis au patient?

Rien dans les textes législatifs ne vient préciser ce point.

Il faut dès lors se tourner vers la jurisprudence.

Selon l'arrêt précédemment cité, les devis pour le traitement implantaire comme pour le traitement prothétique doivent être signés de façon conjointe avant le début des soins pré prothétique puisque les deux actes répondent à la même finalité thérapeutique²⁷⁹.

194.- A notre sens, l'omnipraticien doit être le chef d'orchestre du plan de traitement entrepris.

Il lui appartient dès lors de s'assurer que l'ensemble des informations est recoupé et les devis additionnés avant de mettre en place les différents acteurs.

Une consultation de synthèse, éventuellement avec les autres praticiens, est essentielle.

La mention sur le devis de l'omnipraticien de frais supplémentaires à prévoir chez les autres intervenants paraît largement justifiée.

B/ La modification du devis en cours de soin.

195.- La dentisterie étant soumise à des aléas, des modifications du plan de traitement peuvent intervenir.

²⁷⁹ Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, Audience publique du 25 septembre 2008 Lecture du 20 novembre 2008, Affaire : Docteur Marc D. Chirurgien-dentiste, Dos. n° 1659.

Première partie : La détermination du cadre juridique

Lorsque les honoraires qui en découlent sont revus à la baisse, aucune difficulté majeure ne se pose.

Néanmoins une hausse des honoraires afférents au traitement en cours de réalisation peut poser problème pour le patient qui est à mi chemin dans ses soins dentaires.

Le devis matérialise le consentement, dès lors si aucun devis n'a été refait, le praticien ne peut exiger le paiement de ses honoraires majorés.

David Jacotot invite ainsi les praticiens à inclure une mention dans le devis précisant qu'une situation inattendue pourrait entraîner des frais supplémentaires, ouvrant ainsi la porte à la survenue d'un aléa dans l'esprit du patient²⁸⁰.

196.- De même en matière d'implantologie, la quantité et la qualité du tissu osseux guident parfois la marque et le nombre d'implant, rendant par ce fait impossible l'établissement d'un devis précis.

Il a été admis par le Conseil de l'ordre national qu'une fourchette de prix était admise.

« Considérant, en deuxième lieu, que le devis de la pose des implants, signé par Monsieur A., ne mentionnait pour le coût des implants qu'une fourchette unitaire de prix en indiquant que le choix des implants ne devait être fait que « le jour de l'intervention en fonction de la qualité et du volume osseux » ; qu'un tel devis qui comportait des données précises et chiffrées, même si elles correspondaient à un éventail possible de prix, et dont la présentation particulière était justifiée par les caractéristiques propres à l'intervention en cause doit être regardé comme ayant satisfait à l'obligation figurant à l'article R.4127-240 du code de la santé publique »²⁸¹.

²⁸⁰ D. JACOTOT, « Prévenir et gérer le conflit au cabinet dentaire », Ed. Texto, 2005, p. 44-45.

²⁸¹ Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, Audience publique du 5 mai 2011, Décision rendue publique par affichage le 7 juillet 2011, Affaire : Docteur Michel G. Chirurgien-dentiste, Dos. n°1852.

Première partie : La détermination du cadre juridique

Section 2 Le contenu du devis

197.- Le contenu est fortement encadré tant il joue un rôle majeur en matière de preuve autour de l'information et du consentement.

L'arrêté du 17 octobre 1996, précisait que ce devis devait notamment comporter les éléments suivants pour les médecins:

- Date de rédaction,
- Nom et numéro d'inscription au conseil départemental de l'ordre des médecins,
- Nature précise de l'acte prévu et de l'anesthésie nécessaire,
- Décompte détaillé, en quantité et en prix, de chaque prestation et produit nécessaire à l'acte prévu : dénomination, prix unitaire et quantité prévu, à l'exception des examens préopératoires, ainsi que la durée pendant laquelle sont assurés les soins postopératoires, la somme globale à payer TTC et la durée de validité de l'offre
- Nombre de jours d'arrêt de travail à prévoir et nature des examens préopératoires indispensables...

Les informations d'ordre médical concernant l'acte proposé peuvent être données sur un document séparé...»

L'article 4-2-1 de la Convention nationale de 2006²⁸² pour la dentisterie clarifie et guide le praticien.

Le devis doit comporter les éléments suivants :

1. Date d'établissement du devis,
2. Identification du praticien traitant,
3. Identification du patient,
4. Durée de validité du devis,
5. Description du traitement proposé,
6. Description précise et détaillée des actes : nature de l'acte, localisation, matériaux utilisés (nature et normes) et montant des honoraires,

²⁸² Arrêté du 14 juin 2006 portant approbation de la convention nationale des chirurgiens-dentistes destinée à régir les rapports entre les chirurgiens-dentistes et les caisses d'assurance maladie. Annexe III.

Première partie : La détermination du cadre juridique

7. Cotation des actes selon la nomenclature en vigueur,
8. Montant total des honoraires,
9. Base de remboursement pour l'assurance maladie obligatoire,
10. Mention : « *Le patient reconnaît avoir eu la possibilité du choix de son traitement* »,
11. Signature du praticien,
12. Signature du patient ou du (des) responsable(s) légal (légaux),
13. Toute mention légale obligatoire.

198.- Le modèle de devis conventionnel a abouti après six années de discussion. Obligatoire depuis le 1^{er} août 2012, il permet une uniformisation des documents entre les assurances obligatoires et complémentaires et la profession.

Toutes les formes d'exercice sont tenues de le respecter : les stomatologistes suite à l'avenant n°11 à la convention médicale, les orthodontistes et centres de santé.

Les textes ont été adaptés pour les SEL en septembre 2013.

199.- Des contrôles par la Direction départementale de la protection de la population visent à s'assurer de la bonne mise en place du document dans les cabinets dentaires. Un procès-verbal ou un rapport est émis à la suite du contrôle en cas de non-respect de l'article L 1111-3 du Code de la santé publique et de l'avenant n°3 de la convention nationale des chirurgiens-dentistes.

Les deux modifications majeures sont l'obligation de mentionner l'origine et le prix de vente du dispositif médical sur mesure.

§1 La mention de l'origine de la prothèse

200.- Dans un climat de scandales sanitaires, agroalimentaires, environnementaux, la prothèse dentaire subit la même volonté de transparence que les autres domaines.

Afin de protéger les consommateurs, les procédures se sont multipliées afin de retracer l'origine du produit ou l'historique de la prestation ayant conduit à un dommage et d'en améliorer éventuellement la teneur.

Pour les dispositifs médicaux, l'exigence de conformité est rappelée à l'article L 5211-3

Première partie : La détermination du cadre juridique

du Code de la santé publique et la réaction face aux risques à l'article L 5212-2 du même code.

Lors des discussions à la commission des affaires sociales le sujet a été largement débattu et l'origine de la prothèse n'a fait l'objet que de peu d'objection tant du côté des professionnels de santé que de celui des parlementaires.

Il est communément admis que la traçabilité des matériaux fait partie intégrante de l'information au patient.

La difficulté provient d'identifier les laboratoires « écrans » dont le siège est en France mais sous-traitant en dehors des frontières.

Le devis conventionnel prévoit la déclaration des sous-traitances mais l'origine réelle des prothèses peut être délicate à démontrer²⁸³.

Le magazine Capital par exemple a mis en évidence des défaillances et cite un laboratoire parisien sous-traitant au Maroc²⁸⁴ sans forcément en avertir le praticien ou le patient.

§2 La mention du prix d'achat de la prothèse

201.- La loi HPST du 21 juillet 2009 a imposé aux praticiens de scinder le prix d'achat de la prothèse auprès du prothésiste et le prix des prestations associées, soit la différence entre le prix global et le prix d'achat²⁸⁵.

²⁸³ Des cas de fraude ont déjà été découverts, par exemple pour les prothèses articulaires. Le Laboratoire Ceraver a vendu des prothèses dont les emballages et notices de ces dispositifs portaient le logo « CE » sans autorisation en 2013.

ANSM, Point d'information, « Irrégularités réglementaires importantes dans l'activité de la société CERAVÉR liées à la mise sur le marché et l'utilisation de certaines prothèses de hanche », 02 Mai 2013.

De même le scandale des prothèses PIP illustre les difficultés de tracer l'ensemble des matériaux utilisés.

²⁸⁴ Capital, S. TROUVELOT, « *Le scandale des prothèses dentaires* », Déc. 2009.

²⁸⁵ Il est à noter que l'idée est ancienne. En effet la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 avait inscrit dans le Code de la sécurité sociale un dispositif prévoyant que les médecins et les chirurgiens-dentistes, lorsqu'ils font appel à un fournisseur ou à un prestataire de services une obligation de fournir au patient une copie de la facture

Première partie : La détermination du cadre juridique

Un décret d'application devait voir le jour afin d'aider les praticiens dans l'application de cette disposition.

L'ordonnance n° 2010 - 250 du 11 mars 2010 a modifié cet article en supprimant toute référence à un futur décret d'application de sorte que ce texte devienne immédiatement applicable.

Une loi rectificative dite « loi Fourcade » est venue compléter le dispositif en son article 6 afin de substituer le terme prix d'achat à celui de prix de vente.

Cette distinction sémantique a son importance puisque le praticien peut désormais inclure les frais liés à la fabrication de la prothèse.

Le montant des prestations de soins complète l'information et correspond à la différence entre ce prix de vente et le prix global payé par le patient.

Le devis type présente l'avantage de faire apparaître le coût de fonctionnement du cabinet dentaire, de sorte qu'un plateau technique moderne soit justement rétribué et reconnu par les patients.

A/ Une demande des prothésistes

202.- Le récent problème des prothèses importées a accéléré ce débat qui n'est pourtant pas nouveau.

Le coût d'achat de ces dispositifs est en effet 3 à 4 fois moins élevé, il serait légitime de s'attendre à une baisse des honoraires en conséquence.

Les prothésistes dentaires évaluent à 30 % la part de marché des importations « en volume ».

Or ces importations ne semblent pas avoir d'effet sur les prix, ce qui « *accrédite l'hypothèse de hausses de marges chez les chirurgiens-dentistes* »²⁸⁶.

correspondante.

L'arrêté n'a cependant jamais été pris et le dispositif n'a jamais été mis en œuvre.

(Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998, Décision du Conseil constitutionnel n° 98-404 DC du 18 décembre 1998, JO du 27 décembre 1998 et Circulaire DSS/4B/4C/98/769 du 28 décembre 1998)

²⁸⁶ Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2010, chapitre XIII: les soins dentaires, La Documentation française, Sept.

Première partie : La détermination du cadre juridique

La Cour des comptes évalue cette « rente » à 160 millions d'euros au total²⁸⁷.

203.- Les bénéficiaires des prothèses profiteraient selon certains prothésistes et patients toujours au praticien.

Les syndicats de prothésistes défendent l'inscription du prix d'achat dénonçant une marge trop importante entre le prix d'achat et le prix de vente.

L'association Perspective dentaire a ainsi parlé dans un courrier adressé à la secrétaire d'État auprès du ministre du travail, de l'emploi et de la santé, « *de rente profitant de manière très inégale aux professionnels de santé concernés* »²⁸⁸.

Dans une affaire ayant donné lieu à la décision du 22 avril 1997, le syndicat des prothésistes (UNPPD) dénonçait une opacité tarifaire à l'égard des prothèses, pourvoyeuse de marges « *excessives et injustifiées* »²⁸⁹.

La remise d'un devis détaillé au patient, précisant le coût exact de la prothèse été demandée.

Un syndicat de praticien a en réponse adressé un courrier incitant au boycott des

2010, p. 343.

²⁸⁷ *Ibidem*, p. 345.

²⁸⁸ Question à Monsieur Xavier BERTRAND sur le marché de la prothèse dentaire, Question publiée au JO le 30 Nov. 2010, p.13149, Réponse publiée au JO le 19 Avril 2011, p. 4031.

Monsieur Guy DELCOURT attire l'attention de Monsieur Xavier BERTRAND, Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, sur le rapport de la Cour des Comptes du 8 septembre 2010 constatant que

« *...Le développement des importations de prothèses dentaires induit un phénomène de rente profitant de manière très inégale aux professionnels de santé concernés* ».

Ne serait-il pas logique que les prothèses dentaires soient payées directement par le patient au laboratoire fabricant comme cela existe pour tous les dispositifs médicaux, fussent-ils sur mesure.

Cette mesure serait conforme au code de déontologie médicale et mettrait fin à toute suspicion de « bénéfice » ou de « rente » attribués aux Chirugiens-Dentistes sur la fourniture de prothèses dentaires.

Cette conception préconisée par l'Association Perspectives Dentaires ne générerait aucun coût supplémentaire de la part de l'Etat et des organismes sociaux.

Cette mesure n'entamerait en rien les honoraires prothétiques dus aux praticiens pour leurs actes cliniques. La transparence tarifaire a par ailleurs bien été légalisée dans l'article 57 de la loi HPST. »

²⁸⁹ Conseil de la concurrence, Décision n° 97-D-25 du 22 avril 1997 relative à des pratiques mises en œuvre par les syndicats de chirurgiens-dentistes de l'Indre-et-Loire CNSD 37 et du Rhône CNSD 69.

Première partie : La détermination du cadre juridique

prothésistes dentaires qui ne se désolidariseraient pas de la position prise par l'UNPPD. Le Conseil de la concurrence a sanctionné ce comportement. Il enfreignait les dispositions de l'article 7 de l'ordonnance du 1^{er} décembre 1986²⁹⁰.

Il s'agissait certes du cas particulier de la prothèse importée mais le ressentiment des prothésistes est palpable.

Dans ce même courrier il était proposé un paiement direct du prothésiste par le patient²⁹¹.

La question a été par la suite reprise et posée par 52 parlementaires au Ministre de la santé sans réelles suites.

204.- Un des éléments avancés par les parlementaires lors des débats est qu'un prix d'achat trop bas rendrait l'origine de la prothèse suspecte.

Mme Michèle Delaunay, députée, a déclaré que l'information au patient « *permettrait aux patients de comparer et, éventuellement, de demander à leur chirurgien-dentiste de se fournir auprès d'un autre prothésiste* »²⁹².

Les termes sous entendent qu'il s'agit d'un bien de consommation quelconque.

L'idée est revenue dans le projet de loi santé débattue début 2015 qui a laissé entrevoir

²⁹⁰ Actuel Article L.420-1 du Code de commerce.

²⁹¹ Ce point apporterait au contraire plus de difficultés aux prothésistes.

Les créanciers seraient multipliés de ce fait, en cas d'impayé le recouvrement sera plus complexe pour lui.

De plus cela supposerait qu'un contrat existe entre le prothésiste et le client.

Comment le matérialiser ? Le praticien peut-il se substituer au patient pour signer le bon de commande ?

Le patient pourrait-il alors choisir son prothésiste ?

Rappelons que la collaboration étroite entre un praticien et son prothésiste rend inconcevable ce libre choix arbitré uniquement par des considérations comptables.

Si l'on considère la réalisation du dispositif médical comme une sous traitance, le recouvrement pourrait être traité de la même façon que pour la profession d'avocat...

Une procédure largement critiquée pour sa complexité

Lire à ce sujet : D. PIAU « *La schizophrénie kafkaïenne de la procédure de recouvrement d'honoraires* », Gazette du Palais, 07 mai 2013 n° 127, p. 9.

Et :

Cass. 2^e civ., 28 mars 2013, no 12-17493, CCI de La Rochelle, PB (cassation CA Montpellier, prem. prés., 16 févr. 2012), Mme Flise, prés. ; Me Carbonnier, SCP Waquet-Farge-Hazan, av.

²⁹² Commission des affaires sociales du mercredi 30 Mars 2011, Séance de 10 heures, Compte rendu n° 37.

Première partie : La détermination du cadre juridique

une possibilité de choix par le patient du prothésiste qui réalise la prothèse.

Le praticien ne devient finalement que le grossiste ?

Ceci laisse d'ailleurs supposer que les patients connaissent le prix moyen classique d'une prothèse faite en France.

Les propos tenus lors des débats par Mr Guy Malherbe sont également assez informatifs sur la perception des parlementaires au sujet de la profession dentaire.

« Il n'est pas normal que les clients n'aient pas accès à l'information sur l'origine ou sur les coûts »²⁹³.

Nous noterons l'utilisation de terme clients...

Il poursuit ainsi :

« C'est donc pour éviter des dispositifs médicaux de provenance douteuse qu'en 2009, la loi HPST a exigé une mesure de transparence du prix d'achat qui seule permet aux patients d'identifier avec certitude la provenance de leur prothèse, le prix étant un indicateur extrêmement fort.

Il faut rappeler que les prothèses dentaires importées d'Asie ou du Maghreb représentent environ 30 % du volume des prothèses posées en France. La différence de coût est de plus de 50 % et leur conformité sanitaire n'est ni vérifiable ni garantie. D'ailleurs, la Cour des comptes dénonce ces importations et souligne que le manque à gagner pour la profession des prothésistes est d'environ 600 millions d'euros par an, soit 10 000 emplois environ. En 2009, Mme Bachelot qualifiait ce comportement de « circuit condamnable ».

(...)Les obligations de la loi HPST inciteraient aussi les praticiens à contourner les règles en négociant des marges arrière ou en constituant des sociétés entre professionnels qui permettraient de fournir le matériel à un prix de convenance, les bénéfices étant remontés au niveau de la société. Mais il faut rappeler que les marges arrière sont prohibées par le code de la santé publique et que la constitution de sociétés serait faite en violation de ce même code.

Aussi, et pour apporter une solution à tous ces problèmes, les sénateurs ont proposé de remplacer l'obligation de faire figurer le prix d'achat par celle de faire figurer le prix de vente des matériels.

²⁹³ *Idem.*

Première partie : La détermination du cadre juridique

Or le fait de remplacer le prix d'achat par le prix de vente du dispositif médical modifie la qualification de l'acte qui constitue de ce fait une activité commerciale contraire, je le répète, au code de la santé publique. Je rappelle que la profession dentaire ne doit pas être pratiquée comme un commerce.

Alors, pourquoi modifier la loi HPST, parfaitement applicable, en créant un aménagement remplaçant le prix d'achat par le prix de vente, contraire au code de la santé ? Selon une enquête IFOP réalisée au mois de novembre 2010, il semblerait en effet que la loi soit techniquement applicable : 44 % des dentistes procèdent déjà ainsi totalement ou partiellement, et 77 % des praticiens dentistes sont matériellement en mesure d'appliquer cette disposition.

Si la loi pose un problème, c'est au plan psychologique »²⁹⁴.

Effectivement les réticences de la profession pour afficher ce prix d'achat sont très probablement « psychologiques ».

Une partie de la profession cherche à conserver une justification à des honoraires permettant de compenser les pertes des actes opposables et un niveau de vie confortable. La facture du prothésiste étant réputée élevée le coût des soins l'est par conséquence.

Une seconde partie cherche manifestement à échapper au raccourci « marge importante / praticien voleur »²⁹⁵.

205.- Les parlementaires ont pour la majorité une vision très fautive de la profession et réduisent la réalisation d'une prothèse à une prestation de service similaire à un garagiste.

La prothèse est un dispositif médical sur mesure contrairement à une pièce automobile. Ses caractéristiques demandent pour sa conception un travail intellectuel de préparation, de mise en place, une intervention manuelle, un savoir-faire.

²⁹⁴ *Idem.*

²⁹⁵ Citons sur ce point la remarque de M. Guy LEFRAND : « *Quelle sera la réaction du patient découvrant que le praticien a facturé une prothèse au quadruple de son prix d'achat ? J'ajoute que, les filières organisées et les sociétés écrans n'étant pas rares sur ce marché, on ne connaîtra jamais le prix d'achat réel* »... Le raccourci n'est jamais loin. Commission des affaires sociales, mardi 29 Mars 2011, Séance de 21 heures, Compte rendu n° 36.

Première partie : La détermination du cadre juridique

Le prothésiste va reprendre la main sur le traitement et créer un artifice le plus similaire possible aux autres dents.

Envisager la prothèse comme un élément interchangeable est un non sens.

Les parlementaires méconnaissent donc la nature même du travail.

Sous couvert de transparence, ils alimentent une polémique injustifiée²⁹⁶.

Si la transparence en matière d'origine et de matériaux employés se justifie, celle en matière de prix d'achat est un non sens, ne servant qu'à alimenter la défiance vis à vis de la profession...et peut être repousser les patient hors des cabinets...

B/ Une demande par et pour les patients

206.- Les propos de Mme Martine Billard tenus lors de la commission des affaires sociales du 30 Mars 2011 résument les différents arguments en faveur des usagers²⁹⁷.

« Les différences de prix, parfois considérables, ne tiennent pas seulement à la provenance des prothèses, mais aussi aux tarifs des praticiens. Les patients doivent donc être mieux informés afin de faire jouer la concurrence ; sans quoi ils resteront « captifs », et les mutuelles devront prendre en charge une partie des surcoûts, sans parler de la répartition des bénéfices entre dentistes et prothésistes »²⁹⁸.

Cet affichage permet donc de faire « jouer la concurrence » et ainsi permettre au patient de choisir son praticien selon des données comptables sans références à la qualité des soins éventuels et laisse penser qu'à la suite de cette publication le coefficient multiplicateur entre le prix d'achat et celui de la prestation va diminuer, évitant des « rentes artificielles » exagérées.

L'Assemblée nationale s'est montrée plutôt favorable à cet affichage et avait voté les amendements en conséquence.

Le Sénat a finalement pondéré ce point même si d'autres amendements ont suivi au sein

²⁹⁶ Selon le PNNS, il faut avoir accès à cinq fruits et légumes par jour, ces produits sont relativement peu accessibles pour une frange de la population.

Demande ton aux grandes surfaces de donner leur prix d'achat aux producteurs pour envisager une baisse des prix ?

Pourquoi en est-il autrement pour les soins dentaires ?

²⁹⁷ Commission des affaires sociales, Mercredi 30 mars 2011 Séance de 10 heures, Compte rendu n° 37, p. 10.

²⁹⁸ Souligné par nous.

Première partie : La détermination du cadre juridique

de l'assemblée nationale sans succès²⁹⁹.

Gilbert Barbier, à l'origine de l'amendement supprimant l'obligation de la mention du prix d'achat, s'en explique : *« le texte était pratiquement inapplicable. Si l'on veut calculer le prix de revient d'une prothèse, il faut décortiquer tout un tas de frais annexes, explique-t-il. Par ailleurs, pourquoi n'imposer cette obligation qu'aux seuls dentistes, et non aux garagistes par exemple ? »*

Lors des débats parlementaire il a été proposé de mentionner les charges du cabinet³⁰⁰, d'imposer la remise du fac-similé de la facture correspondante à la prestation du prothésiste³⁰¹ ou encore un document établi par le prothésiste rendant compte des caractéristiques techniques et du prix de la prothèse³⁰².

Xavier Bertrand invoque les risques de mettre en place « une information complexe et non standardisée ».

« Toutefois, il est apparu que les spécificités de fabrication des prothèses dentaires, différentes d'un chirurgien-dentiste à l'autre, ne permettent pas d'envisager facilement un tel devis, notamment en regard de l'obligation d'indiquer le prix d'achat de chaque élément

²⁹⁹ Assemblée nationale XIIIe législature, Session extraordinaire de 2010-2011, Compte rendu intégral, Première séance du jeudi 7 Juill. 2011.

³⁰⁰ Amendement n° AS 29 présenté par MM. J-L. PREEL, P. BRINDEAU, C. LETEURTRE et J-C LAGARDE, p. 39 : Article 6

Compléter l'alinéa 2 par la phrase suivante :

« Lorsque l'acte ou la prestation inclut la fourniture d'une prothèse, l'information délivrée au patient doit mentionner les charges du cabinet. »

³⁰¹ *Ibidem*

Compléter l'alinéa 2 par la phrase suivante :

« Les professionnels de santé doivent, avant l'exécution d'un acte, informer le patient de son coût et des conditions de son remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie. Lorsque l'acte inclut la fourniture d'un dispositif médical visé à l'article R. 5211-6 le professionnel doit remettre le fac-similé de la facture correspondante à la prestation du prothésiste. Les infractions au présent alinéa sont constatées et poursuivies dans les conditions prévues pour les infractions au présent alinéa sont constatées et poursuivies dans les conditions prévues pour les infractions aux décisions prises en application de l'article L. 162-38 du code de la sécurité sociale et punies des mêmes peines. »

³⁰² *Idem*, p. 40, Article 6

Compléter l'alinéa 2 par la phrase suivante :

« Lorsque l'acte ou la prestation inclut la fourniture d'une prothèse, l'information délivrée au patient doit comprendre la photocopie du bon de livraison mentionnant donc le prix d'achat de la prothèse, l'origine, son numéro et la certification du dispositif »

Première partie : La détermination du cadre juridique

de l'appareillage »³⁰³.

Le texte final est le suivant³⁰⁴ :

«Les professionnels de santé d'exercice libéral ainsi que les professionnels de santé exerçant en centres de santé doivent, avant l'exécution d'un acte, informer le patient de son coût et des conditions de son remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie. Lorsque l'acte inclut la fourniture d'un dispositif médical sur mesure, l'information écrite délivrée gratuitement au patient comprend, de manière dissociée, le prix de vente de l'appareil proposé et le montant des prestations de soins assurées par le praticien. Le professionnel de santé remet au patient les documents garantissant la traçabilité et la sécurité des matériaux utilisés. L'information écrite mentionne le ou les lieux de fabrication du dispositif médical. L'information délivrée au patient est conforme à un devis type défini par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire et les organisations représentatives des professionnels de santé concernés. À défaut d'accord avant le 1er janvier 2012, un devis type est défini par décret »³⁰⁵.

La loi a finalement été promulguée le 10 août 2011 et publiée au Journal officiel du 11 août 2011³⁰⁶.

³⁰³ Réponse de Mr Xavier BERTRAND, Ministre de la Santé à la question écrite n°95891 posée par Mme Arlette Grosskost.

Question publiée au JO le 14 Déc. 2010, p.13491; Réponse publiée au JO le : 22 Fév. 2011, p.185.

« Toutefois, il est apparu que les spécificités de fabrication des prothèses dentaires, différentes d'un chirurgien-dentiste à l'autre, ne permettent pas d'envisager facilement un tel devis, notamment en regard de l'obligation d'indiquer le prix d'achat de chaque élément de l'appareillage ».

³⁰⁴ Souligné par nous. Proposition de loi adoptée avec modifications par le Sénat en deuxième lecture modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Article 6.

Texte Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 1er juillet 2011.

³⁰⁵ Souligné par nous.

³⁰⁶ Saisi de recours déposés le 21 juillet 2011 par plus de 60 députés, le Conseil Constitutionnel avait rendu le 4 août 2011 une décision déclarant le texte de la proposition de loi conforme à la Constitution, à l'exclusion de 30 articles ou parties d'articles qualifiés de « cavaliers législatifs » dont le texte sur la mise en place de réseaux au sein des mutuelles que nous étudierons dans la suite de nos développements.

Première partie : La détermination du cadre juridique

207.- Finalement le devis se transformerait-il en formalité commerciale ?

Imposer le prix d'achat revient à considérer la prothèse comme un bien de consommation isolé et non comme résultat d'une réflexion globale et de gestes pré-prothétiques menés en amont.

Les patients sont d'ailleurs troublés devant l'absence de lisibilité des nouveaux devis tant ils donnent d'informations. (Annexe 2)

Le devis, seule pièce obligatoirement signée par les deux parties, devient un élément stratégique du dossier pour plusieurs raisons:

- il démontre que l'information sur le traitement et ses alternatives a bien été délivrée ;
- il permet de dater l'information au patient, ouvrant le début du délai de réflexion ;
- il permet surtout au praticien d'y inclure des clauses pour le patient, et de s'exonérer de sa responsabilité en cas de non respect des engagements du patient.

Toujours dans un souci de transparence, le législateur a souhaité ajouter une obligation d'information sur les honoraires par un affichage en cabinet et en ligne des honoraires moyens.

Le texte définitif de la proposition de loi avait été adopté le 13 juillet 2011, l'Assemblée nationale et le Sénat ayant adopté le texte mis au point par la Commission mixte paritaire.

L'Assemblée nationale avait adopté en deuxième lecture le 7 juillet 2011, avec modification, le texte que le Sénat avait déjà modifié en deuxième lecture le 1er juillet 2011.

Déposée au Sénat le 26 octobre 2010 par M. Jean-Pierre Fourcade, la proposition de loi avait été adoptée en première lecture par le Sénat le 9 mars 2011 et par l'Assemblée nationale, avec modification, le 24 mai 2011.

Première partie : La détermination du cadre juridique

Chapitre 2 L'affichage des honoraires moyens

208.- Le législateur a mis en place deux mécanismes d'information, plus généraux cette fois.

Le patient peut donc consulter les tarifs avant sa consultation, ou du moins une fourchette.

Pour mieux informer le patient avant même sa consultation, ils sont affichés en salle d'attente ou à l'accueil du cabinet.

De plus l'assurance maladie entend donner des honoraires moyens sur son site internet pour chaque praticien.

Une mise en concurrence par les prix ou une simple mesure d'information ?

Section 1 L'affichage au sein du cabinet

209.- Les honoraires doivent être affichés et visibles par tout patient.

Cette obligation a été introduite à l'article L. 1111-3 du Code de la santé publique par la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008. Le décret n° 2009-152 précise les conditions d'application de ce texte. La profession s'est montrée assez hostile à cette disposition³⁰⁷.

Parmi les premiers textes définissant les obligations d'affichage citons les articles 1 et 2 de l'arrêté du 27 novembre 1995 relatif à l'information sur les tarifs pratiqués par les masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs³⁰⁸.

Article 1 :

Les masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs doivent afficher, dans leur salle

³⁰⁷ Le Syndicat des dentistes de Paris a demandé l'annulation pour excès de pouvoir du décret n° 2009-152 du 10 février 2009 définissant les obligations d'affichage des chirurgiens-dentistes et prévoyant une procédure de sanction des infractions à ces obligations.

La Cour a conclu ainsi :

« Considérant qu'il résulte de tout ce qui précède que le syndicat des chirurgiens-dentistes de Paris n'est pas fondé à demander l'annulation du décret attaqué ; que les conclusions qu'il présente au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative doivent, par voie de conséquence, être rejetées ».

Conseil d'État 1ère et 6ème sous-sections réunies 12 mai 2010 n° 326871
Publication: Mentionné au Recueil Lebon.

³⁰⁸ Abrogé au 9 avril 2009 par arrêté du 25 mars 2009, Art. 1.

Première partie : La détermination du cadre juridique

d'attente, les indications suivantes :

- leur situation au regard des organismes d'assurance maladie (conventionné ou non) ;

- pour les praticiens conventionnés, la phrase suivante : "Pour tous les actes pris en charge par l'assurance maladie sont pratiqués les tarifs d'honoraire fixés par la réglementation" ;

- les prix T.T.C. d'au moins six prestations non remboursables les plus couramment pratiquées dans leur cabinet.

La possibilité de consulter la liste des prestations prévues à l'article 2 devra être mentionnée sur ce tableau d'affichage.

Article 2 :

« La liste complète des prix T.T.C. des prestations de services offertes doit être mise à la disposition de la clientèle ».

Il convient à nouveau de s'étonner de l'emploi des termes « consommateurs » et « clientèle ».

Le décret n° 2009-152 du 10 février 2009 relatif à l'information sur les tarifs d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé redonne un cadre juridique à l'affichage³⁰⁹.

L'article L. 1111-3 du Code de la santé publique dispose que :

« Le professionnel de santé doit en outre afficher de façon visible et lisible dans sa salle d'attente ou à défaut dans son lieu d'exercice les informations relatives à ses honoraires, y compris les dépassements qu'il facture... ».

L'article R. 1111-21 détaille les obligations en ces termes :

« Les professionnels de santé mentionnés aux livres Ier et III de la quatrième partie du présent code et qui reçoivent des patients affichent, de manière visible et lisible, dans leur salle d'attente ou, à défaut, dans leur lieu d'exercice, les tarifs des honoraires ou fourchettes des tarifs des honoraires qu'ils pratiquent ainsi que le tarif

³⁰⁹ T. ROLLIN, « Affichage légal dans la salle d'attente du médecin », 4 Janv. 2008, [<http://droit-medical.com/perspectives/la-forme/13-affichage-salle-attente-medecin#ixzz35Xw6kokq>], page consultée le 5 Août 2015.

Première partie : La détermination du cadre juridique

de remboursement par l'assurance maladie en vigueur correspondant aux prestations suivantes dès lors qu'elles sont effectivement proposées :

2° Pour les chirurgiens-dentistes : consultation et au moins cinq des prestations de soins conservateurs, chirurgicaux et de prévention les plus pratiqués et au moins cinq des traitements prothétiques et d'orthopédie dento-faciale les plus pratiqués ... ».

210.- La Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes a mené en 2005 une enquête sur l'affichage des prix chez les médecins au 4^{ième} trimestre de la même année.

Les compte rendus montrent que les médecins ne sont que faiblement impliqués dans ces mécanismes d'information.

Les résultats sont même en recul par rapport à une enquête similaire réalisée en 2000³¹⁰ qui montrait que l'affichage en salle d'attente était correct dans 80 % des cas.

Les points critiqués dans cette enquête sont nettement les fourchettes de prix trop amples et la faible lisibilité de l'affichage³¹¹.

211.- Pour les détracteurs de cette obligation, l'objectif est une plus grande information du patient, clairement envisagé sous l'angle consommateur. L'intérêt d'un tel formalisme est douteux car la fourchette est volontairement large et il semble peu probable que le consommateur s'y fie.

Section 2 L'information par l'Assurance Maladie

212.- L'assurance maladie a le pouvoir de délivrer des éléments de choix pour que le patient s'oriente dans le système de soin.

Citons l'article L 162-1-11 du Code de la sécurité sociale modifié par la loi du 13 août 2004 et du 21 décembre 2006 :

« Les organismes gestionnaires des régimes obligatoires de base de l'assurance

³¹⁰ DGCCRF, Note d'information n°2000-144, 13 Sept. 2000.

³¹¹ Les amplitudes varient de 1 à 2 voire de 1 à 3.

Cette modulation des honoraires ne correspond pas à la réalité des tarifs pratiqués et permet selon l'IGAS de moduler à souhait ses honoraires.

Première partie : La détermination du cadre juridique

maladie assurent par tous moyens adaptés une mission générale d'information des assurés sociaux en vue notamment de faciliter l'accès aux soins ».

Grâce à ameli-direct, le patient peut donc sélectionner son praticien ou établissement et comparer ses honoraires depuis juillet 2008 pour les soins et prothèses dentaires. Le caractère conventionné ou non du praticien ainsi qu'une fourchette d'honoraire pour les actes les plus courants sont mentionnés³¹².

213.- Lors du conventionnement nous pouvons donc déduire que les professionnels de santé acceptent tacitement de participer à cette mission d'information.

L'exploitation et l'affichage des données sont jalousement conservés par l'assurance maladie.

Fourmi santé, une entreprise privée, a tenté de donner sur son site internet des honoraires sur le même modèle que l'assurance maladie.

Elle estimait pouvoir diffuser librement des données publiées sur le site ameli.fr.

La CNAMTS a cependant fait valoir que les données d'ameli.fr ne peuvent « être réutilisées sans l'accord de chacun des professionnels de santé ».

Dans un courrier adressé le 3 août 2012 aux avocats de Fourmi les défenseurs de la CNAMTS reprochent au site de ne pas reprendre « *de manière exacte les données d'Ameli-Direct* » et d'induire « *l'internaute en erreur sur la tarification réelle pratiquée par les professionnels de santé* ».

Notons que l'imprécision est de toute façon manifeste sur le site de l'assurance maladie, les fourchettes sont très vagues et ne reprennent pas l'ensemble des situations cliniques présentes en cabinet.

L'information est donc encouragée mais seulement si elle émane d'organismes « officiels ».

214.- Le site ameli.fr reste cependant sous utilisé.

³¹² A titre d'information concernant notre cabinet dentaire la fourchette est entre 500 et 600 euros. Les explications entre ces deux extrêmes ne sont pas données et les chiffres ne représentent pas la réalité de notre grille d'honoraire.

Les honoraires maximaux de notre cabinet sont en fait de 680 euros et les écarts varient selon les matériaux utilisés et la complexité technique du geste.

Première partie : La détermination du cadre juridique

Seuls 3,5% des 77 millions de visiteurs annuels de ce site internet semblent s'y référer³¹³.

Ce qui représente pour la CNAM une amélioration nécessaire de l'information est considéré par le corps médical comme «un leurre».

La confédération des syndicats médicaux par exemple est favorable à une transparence des actes médicaux. Toutefois selon son président,

«Il ne faut pas confondre qualité des soins et tarifs pratiqués. Les patients ne doivent pas refuser d'aller chez un médecin en se disant 'il est trop cher' ou, à l'inverse, penser que parce qu'il est cher, il est mieux. C'est une simple indication, le tarif pratiqué n'est pas le critère exclusif»³¹⁴.

La CNSD a saisi la Commission nationale de l'informatique et des libertés, arguant que «l'affichage public des prix» pouvant constituer une «forme de publicité (...) est interdite par le Code la Santé publique.

La CNAM précise de son côté qu'elle ne fait qu'appliquer la loi d'août 2004 qui lui donne pour mission de fournir les tarifs pratiqués afin d'orienter les patients.

215.- L'observation et la communication des dépassements d'honoraires par praticien se multiplient par ailleurs.

Un « Observatoire conventionnel » existe déjà, d'autres projets d'observatoires régionaux des dépassements d'honoraires sont en cours.

Il a été créé en 2013 par le Collectif inter associatif sur la santé (CISS), le magazine 60 millions de consommateurs et la plate-forme Santéclair. Il a été conçu pour être un « Observatoire citoyen des restes à charge en santé ».

Cette fois ce sont des acteurs privés qui lancent des méthodes de comparaison purement comptables entre les praticiens³¹⁵.

³¹³ « Qui connaît ameli-direct, la base de données bien cachée de l'assurance maladie? », 7 Fév. 2013, [<http://www.dilemme-hippocrate.fr/?p=638>], page consultée le 3 juillet 2014.

³¹⁴ Le Figaro.fr, « Les tarifs des médecins sont en ligne », [<http://www.lefigaro.fr/assurance/2008/08/01/05005-20080801ARTFIG00397-les-tarifs-des-medecins-sont-en-ligne-.phpc>], page consultée le 7 mai 2008.

³¹⁵ Santéclair est en effet une société associée aux complémentaires et assureurs pour améliorer la prise en charge de leurs assurés en matière de santé.

Première partie : La détermination du cadre juridique

216.- Un des seuls intérêts que nous pouvons trouver à cet affichage est de rendre opposable au patient le caractère conventionné ou non du praticien.

Citons par exemple une décision de la Cour d'Appel de Grenoble invoquant ce point :

«La justification de l'information par le docteur Corinne ROUX sur son conventionnement résulte suffisamment de l'affichage de ce renseignement, visible et apparent, dans sa salle d'attente, attestée par deux témoignages »³¹⁶.

Cette information généralisée ne se substitue bien sûr pas selon la Cour à une information individuelle sur le coût des soins dentaires.

«Que cette obligation d'affichage ne se substitue notamment pas aux obligations d'information individualisée du patient fixées par les deux premiers alinéas de ce même article».

Chapitre 3 L'insatisfaction du patient et la remise en cause du règlement.

217.- Le patient peut remettre en cause son obligation de paiement, de façon justifiée ou non.

Section 1 La rupture du contrat de soin en cours de traitement

218.- L'arrêt des soins en cours de plan de traitement peut être à l'initiative du praticien pour une cessation d'exercice ou liée à une rupture unilatérale du contrat de soin du fait de l'une ou l'autre partie.

La gestion de ce type de litige est délicate car la réussite du plan de traitement ne peut être évaluée que par son résultat.

La force contraignante du devis s'applique en effet principalement pour le prestataire, le document type du devis conventionnel n'impose en effet aucune obligation au patient qui reste libre de retirer son consentement à tout moment, conformément aux dispositions de l'article L 1111-4 du Code de la santé publique.

Le problème se pose surtout lorsqu'un patient ayant signé un devis pour un plan de

[<https://www.santeclair.fr/web/>].

³¹⁶ Cour d'appel Grenoble, Chambre civile 1, 10 Janv. 2012, N° 09/03017, Classement: Inédit.

Première partie : La détermination du cadre juridique

traitement prothétique ne se présente plus en rendez-vous, alors que des étapes préliminaires ont été engagées et peut être un dispositif médical commandé au prothésiste.

219.- Dans un arrêt rendu par la chambre disciplinaire en 2011, il a été confirmé que la fin du contrat de soin avant la pose implique la non facturation de l'acte³¹⁷.

« Considérant, en revanche, que le Docteur L. a commis une erreur en facturant à Madame D., après la rupture de fait du contrat de soins, non seulement le coût des soins réalisés mais également une somme de 465 € pour une couronne définitive sur la dent 14 qui n'avait pas, en définitive, été posée ; que cette erreur regrettable et formalisée dans une facture qui, en outre, a été envoyée non signée, ne justifie cependant pas d'être sanctionnée disciplinairement ».

Dans cette même affaire, la patiente dont la réhabilitation aurait nécessité une intervention sur les secteurs supérieurs gauche et droit n'a accepté que la réalisation d'un *bridge* du côté droit pour des raisons financières.

La patiente a refusé par deux fois la pose d'une couronne sur la prémolaire droite la jugeant trop courte.

Afin de réaliser la modification, le praticien a donc réalisé une suremprise, occasionnant une augmentation de mobilité du *bridge* gauche, dont le changement était pourtant nécessaire. L'information sur ce point avait bien été faite.

Cette dernière, mécontente du préjudice sur l'autre côté, a interrompu les soins, la couronne n'a donc pas été posée.

Le Conseil de l'ordre confirme l'absence de faute d'un point de vue déontologique dans la mise en œuvre des soins et des modifications.

Toutefois, il objective un manquement au sujet de la facturation à sa patiente, après la rupture de fait du contrat de soins, non seulement le coût des soins réalisés mais également une somme de 465 € pour une couronne définitive sur la dent 14 qui n'avait finalement pas été posée.

³¹⁷ Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, Audience publique du 6 octobre 2011 Décision rendue publique par affichage le 8 décembre 2011 Affaire : Docteur Julien L. Chirurgien-dentiste, Dos. n° 1923

Première partie : La détermination du cadre juridique

Cependant le jugement est plutôt clément de la part de l'instance ordinaire qui n'a pas infligé de sanction disciplinaire.

La rupture du contrat de soins étant le fait de la patiente, il ne peut être reproché au praticien de ne pas s'être assuré de leur continuité.

Cette décision laisserait entendre que la pose de la prothèse est la condition indispensable qui justifie une facturation.

Toutefois, il ne faut pas oublier que le praticien a engagé des frais en amont de la dernière séance du traitement.

Il ne semble donc pas justifié de ne pas rétribuer du moins partiellement l'acte de soin.

Nous pouvons imaginer que le patient doit le règlement des honoraires au prorata des étapes sans toutefois prétendre à un remboursement puisque la prothèse n'a pas été posée³¹⁸.

Section 2 Le refus de régler une prestation insatisfaisante

220.- La jurisprudence montre qu'une majorité des réclamations en prothèse porte sur les dispositifs amovibles dont la tolérance est soumise aux capacités et aux dispositions psychologiques du patient.

Ces dernières n'apportent pas toujours le confort espéré par les patients et le règlement des soins peut s'avérer compliqué en cas d'intolérance de la prothèse, même si cette dernière est réalisée de façon optimale.

221.- Le cas des allergies liées aux matériaux a posé problème dans un arrêt du tribunal d'instance de Bordeaux.

Le patient n'a pas connaissance de ce problème avant la pose et ne peut de ce fait en informer le praticien qui n'a donc pas commis de faute technique³¹⁹.

³¹⁸ Lire à ce sujet : Décision du 4 février 2004 du Tribunal d'instance de Dijon citée par D. JACOTOT, « *Prévenir et gérer le conflit au cabinet dentaire* », Ed. Texto, 2005, p. 48.

³¹⁹ C. BLANC, « Un patient peut-il invoquer une allergie aux matériaux pour refuser de payer les honoraires dus à son praticien? », 12 Déc. 2012. [<https://www.macsf.fr/vous-informer/organisation-des-soins/information-au-patient/patient-invoquer-allergie-materiaux.html>], page consultée le 5 Août 2015.

Première partie : La détermination du cadre juridique

Le Tribunal d'instance de Bordeaux a pourtant soustrait une patiente au règlement des honoraires dus à son praticien malgré l'existence d'un devis signé.

La décision du 31 mars 2006, ne tient pas compte des conclusions de l'expert et déboute le chirurgien-dentiste de sa demande de paiement d'honoraires, justifiant sa décision par la « méconnaissance de son obligation de résultat en matière de prothèse ainsi que son obligation d'information ».

Concernant le non respect de l'obligation de résultat consistant à livrer « *un appareil utilisable et donnant satisfaction* », le tribunal a repris la motivation de l'arrêt rendu par la Cour de Cassation le 23 novembre 2004 selon laquelle le chirurgien-dentiste est « *en vertu du contrat le liant à son patient, tenu de lui fournir un appareillage apte à rendre le service qu'il peut légitimement en attendre, une telle obligation incluant la conception et la confection de l'appareillage, étant de résultat* »³²⁰.

Le praticien a réalisé une prothèse conformément aux règles de l'art qui ne satisfait pas la patiente en raison d'une allergie aux matériaux, allergie inconnue des deux parties. Cette allergie résulte d'un état antérieur et non d'un manquement du praticien.

Cet arrêt interpelle les praticiens puisqu'il insinue que le patient peut être libéré de ses engagements financiers en cas de réclamation sans faute réelle du praticien.

Cependant le plus souvent, ce type de réclamation se gère à l'amiable, éventuellement avec un remboursement du praticien désireux d'éviter un conflit.

222.- Notons en guise de conclusion qu'en cas d'impayé, toutes les méthodes ne sont pas bonnes pour le praticien.

Dans un arrêt de la Cour de cassation³²¹ un praticien avait en l'espèce exercé son droit

Il est à noter que le principe de reconnaissance d'une responsabilité dans ce cas a été remis en cause par la cour de Cassation en 2013. (Cass. 1re civ., 20 mars 2013, n° 12-12.300, publié au bulletin).

³²⁰ Cour de cassation, Chambre civile 1, Audience publique du mardi 23 novembre 2004 N° de pourvoi: 03-12146, publié au bulletin.

³²¹ Cour de cassation, Chambre Civile 1, Audience publique du 09 octobre 1985, n° de pourvoi : 84-10245. Publié au bulletin.

Première partie : La détermination du cadre juridique

de rétention sur une prothèse déjà posée mais non réglée.

Le patient n'avait en effet pas honoré sa dette invoquant l'inadaptation de la prothèse.

Les objets nécessaires aux handicapés sont, aux termes de l'article 592-2 du Code de procédure civile, insaisissables.

La Cour statue ainsi « *le contrat conclu en vue de la pose d'une prothèse dentaire oblige le chirurgien-dentiste à mener l'opération à son terme ; que celui-ci ne dispose d'aucun droit de rétention sur l'appareil qu'il s'est engagé à poser* »³²².

Après avoir évoqué la détermination puis la présentation des honoraires au patient, il convient de s'interroger sur leur prise en charge.

Une fois le devis établi, il est d'usage que le patient consulte les organismes financeurs pour connaître la somme finale qu'il devra déboursier.

³²²Le droit de rétention se définit comme un « droit du créancier qui a en sa détention ou possession un bien appartenant au débiteur, de refuser de s'en dessaisir tant qu'il n'est pas payé. »

La loi n° 2008-776 du 4 août 2008 l'autorise en cas de gage sans dépossession.

(C. Civ. Art. 1948 et 2286).

Lexique des termes juridiques, 21^{ème} Edition, Dalloz, 2014

Titre Troisième Les organismes financeurs

223.- L'intérêt d'une protection sociale n'est pas à démontrer concernant l'accès aux soins en général.

L'Oregon Health Plan Standard a mis en place une expérience dans l'état de l'Oregon en 2008.

Un certain nombre d'individus ont gagné, par tirage au sort, une police d'assurance santé et leur comportement induit par l'assurance a été observé et comparé à celui des «perdants»³²³.

L'existence d'une couverture santé augmente la probabilité d'accès aux soins, pour tous types de soins sauf les urgences provoquant un accroissement de 25 % de la dépense. L'étude montre que l'état de santé s'est significativement amélioré : les soins ne sont pas inutiles et ils répondent à un réel besoin.

Le nombre de jours d'arrêt de travail a diminué et les personnes nouvellement assurées déclarent dorénavant plus souvent qu'auparavant un lieu habituel de soin et un médecin traitant.

L'étude ne traite cependant pas du volet dentaire pour lesquels cette vérité n'est pas absolue comme nous le verrons.

Les pouvoirs publics ont ainsi un réel intérêt économique et social dans la mise en place d'un système de couverture sociale fonctionnel.

Pour Philippe Batifoulier, « *l'assurance maladie entretient le lien social et le progrès collectif* »³²⁴.

Toutefois dans un contexte de crise économique et de tarissement des ressources, la viabilité de tels mécanismes de couverture est remise en cause, amenant des tensions entre usagers du système de santé, personnel soignant et organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire.

³²³ K. BAICKER et A. FINKELSTEIN et Al., « *The Oregon Health Insurance Experiment: Evidence from the First Year*, » The Quarterly Journal of Economics, Oxford University Press, vol. 127(3), p. 1057-1106.

³²⁴ P. BATIFOULIER, « *Faire payer le patient : une politique absurde* », Revue du MAUSS, 2013/1 n° 41, p. 77-92.

Première partie : La détermination du cadre juridique

Nous aborderons ainsi la place et la position des acteurs en matière de remboursement dont la place est de plus en plus importante au fil des discussions.

Chapitre 1 L'assurance maladie obligatoire

La CCAM et la convention permettent une distinction des actes selon leur prise en charge comme nous l'avons déjà vu.

L'assurance maladie obligatoire est en première ligne du remboursement.

Section 1 L'affiliation à l'assurance maladie

224.- L'état est un acteur majeur en tant que régulateur et garant des valeurs du système de soin français³²⁵.

Historiquement la Sécurité sociale fut élaborée par le conseil national de la résistance (CNR), organe qui fédérait dès 1943 l'ensemble des mouvements de résistance hostile au gouvernement de Vichy.

A la libération, la Sécurité sociale obligatoire et universelle a été créée par les ordonnances des 4 et 19 octobre 1945³²⁶.

L'ordonnance du 4 octobre³²⁷ précise : « *l'organisation de la sécurité sociale assure dès à présent le service des prestations prévues par les législations concernant les assurances sociales, l'allocation aux vieux travailleurs salariés, les accidents du travail et maladies professionnelles et les allocations familiales et de salaire unique aux catégories de travailleurs protégés par chacune de ces législations dans le cadre des prescriptions fixées par celles-ci et sous réserve des dispositions de la présente ordonnance* ».

Le Onzième alinéa du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 dispose que la Nation « *garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la*

³²⁵ P-L. BRAS, D. TABUTEAU, « *L'assurance-maladie obligatoire* », in *Les assurances maladie*, Paris, Presses Universitaires de France, « Que sais-je ? », 2012, 128 pages.

Sur la création de la sécurité sociale lire à ce sujet :

A. LECA, « *Droit de l'exercice médical en clientèle privée* », 3^{ème} édition

Ed. les études hospitalières ; n° 244 et suivants ; B. VALAT, « *Histoire de la sécurité sociale* », Ed. Economica, 2001

³²⁶ Ordonnance n° 45-2456 du 19 octobre 1945 portant statut de la mutualité.

³²⁷ Ordonnance n°45-2250 du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale.

Première partie : La détermination du cadre juridique

protection de la santé ».

Les politiques de santé trouvent ainsi leur application pratique dans les lois de financement de la sécurité sociale.

Le terme de « Sécurité sociale » recouvre plusieurs régimes d'assurance maladie obligatoire (travailleurs salariés, travailleurs agricoles, indépendants...). Depuis 2004, l'Union des caisses nationales d'assurance maladie (UNCAM) assure une forme de coordination³²⁸.

225.- La Sécurité sociale participe à la prise en charge des soins dentaires.

La dépense totale de soins dentaires était de 10,64 milliards d'euros en 2013³²⁹.

Le mécanisme de prise en charge décompose le tarif de l'acte médical en plusieurs parties.

- Le tarif de convention (TC) correspond au tarif de référence fixé pour chaque acte médical.
- Le ticket modérateur (TM) correspond à la différence entre le tarif de convention et le remboursement du régime obligatoire.
- Le reste à charge « global » (RAC) correspond à la partie de l'acte médical non pris en charge par le régime obligatoire et restant à la charge du patient.
- Le reste à charge « final » du patient correspond au reste à charge « global » après intervention d'une complémentaire santé éventuelle dans le remboursement.

§1 L'obligation d'affiliation

226.- L'article L 111-1 du Code de la sécurité sociale rappelle le principe de solidarité sur lequel s'appuie la Sécurité sociale et proclame l'obligation de s'affilier à la Sécurité sociale pour les personnes qui travaillent en France.

³²⁸ P.-Y. GEOFFARD « *Concurrence en santé : marché des soins, marché de l'assurance* », Regards croisés sur l'économie, La Découverte, 2009/1, N° 5, p. 128-137.

³²⁹ IRDES, Consommation médicale totale en 2013.

[<http://www.irdes.fr/enseignement/chiffres-et-graphiques/depenses-de-sante/consommation-medicale-totale.html>], page consultée le 15 Août 2015.

Première partie : La détermination du cadre juridique

L'attribution des droits sociaux en France a longtemps été liée à l'exercice d'une activité professionnelle déclarée, pour l'adulte, ou de la condition d'ayants droit, pour les membres mineurs ou majeurs dépendants du parent actif.

L'immatriculation et l'affiliation à un régime de sécurité sociale en découlent.

L'employeur est responsable pénalement de cette formalité lors de l'embauche³³⁰.

La démarche ne vient donc pas du futur assuré social.

227.- A l'inverse, les personnes non salariées doivent prendre l'initiative des démarches d'affiliation.

228.- Afin de lutter contre la précarité et d'aider les personnes non salariées qui peuvent être enclines à la précarité, le Code de la Sécurité Sociale vise deux situations où une démarche d'information sociale des assurés s'impose.

L'article L. 161-17 charge les caisses d'assurance vieillesse *« d'adresser périodiquement, à titre de renseignement, à leurs ressortissants, les informations nécessaires à la vérification de leur situation au regard des régimes dont ils relèvent »*.

Les articles R. 162-21 et R. 162-37 obligent les caisses primaires d'assurance maladie à aviser l'assuré, *« lors de la prise en charge », « des conditions particulières dans lesquelles les frais de séjour exposés seront remboursés »* en application de la règle dite *« de l'établissement le plus proche »*.

Cependant certains praticiens libéraux contestent cette obligation d'affiliation.

§2 La contestation de l'obligation d'affiliation

229.- Les désillusions quant aux prestations de la solidarité nationale mettent à mal le monopole de la sécurité sociale.

Des remboursements sans cesse revus à la baisse et des cotisations en hausse alimentent le mécontentement des usagers.

Nous avons noté l'obligation d'affiliation aux organismes de sécurité sociale, cette

³³⁰ Code du travail Article R1221-2.

Première partie : La détermination du cadre juridique

dernière est remise en question par quelques mouvements contestataires³³¹.

Toutefois, la jurisprudence a à plusieurs reprises refusé d'affaiblir le monopôle de cet instrument de solidarité nationale.

230.- Dans l'arrêt Poucet et Pistre, un premier refus de lever le monopole et l'obligation de s'affilier se sont confirmés³³².

Christian Poucet et Daniel Pistre ont cessé de payer leurs cotisations de sécurité sociale, estimant qu'ils devraient pouvoir s'adresser librement à une compagnie d'assurance privée européenne.

Les organismes en position dominante, enfreignant selon eux les règles de libre concurrence posées par le traité CEE.

La Cour de justice des communautés européennes leur a donné tort.

Le régime de protection sociale est fondé sur l'affiliation obligatoire, le paiement de cotisations et la solidarité, c'est donc une institution sociale et non une entreprise.

Le droit de la concurrence ne s'applique en principe qu'aux activités économiques. La Cour de justice a ainsi jugé que sont donc exclus les organismes de sécurité sociale chargés de la gestion des régimes obligatoires puisqu'ils exercent une fonction exclusivement sociale et obéissent au principe de la solidarité³³³.

En effet, selon plusieurs arrêts de la CJUE portant sur des législations de Sécurité sociale française, italienne et allemande, les règles de la concurrence ne visent pas les caisses de Sécurité sociale dès lors qu'elles remplissent une fonction exclusivement sociale, fondée

³³¹ Par exemple citons « les libérés de la sécu », le mouvement MPLS mené par Claude Reichman.

³³² CJCE, 17 février 1993, Poucet et Pistre, C-159/91 et C-160/91, Rec., p. I-637 :
« Les caisses maladie ou les organismes qui concourent à la gestion du service public de la sécurité sociale remplissent une fonction de caractère exclusivement social, fondée sur le principe de solidarité nationale et dépourvue de tout but lucratif, les prestations versées étant des prestations légales indépendantes du montant des cotisations. »

³³³ *Ibidem*.

Première partie : La détermination du cadre juridique

sur le principe de la solidarité et dépourvue de tout but lucratif³³⁴.

231.- S'appuyant sur les directives européennes sur l'assurance³³⁵ et sur l'arrêt n°C-50/99 du 25 mai 2000³³⁶, les contestataires espèrent pouvoir la déjouer.

En Allemagne, on cite un chiffre de 12% de la population qui aurait quitté la Sécurité sociale allemande.

³³⁴ Par exemple, à propos de l'assurance italienne contre les accidents du travail : affiliation obligatoire, cotisations sans lien direct ni avec le risque, ni avec le revenu, ni avec les prestations versées, fixation des taux par l'État ; Ces éléments font de l'organisme en cause une institution « de caractère exclusivement social ». CJCE, 22 janvier 2002, C-218/00, Rec., p. I-691.

³³⁵ En 1992, deux directives européennes (DE 92/49/CEE et DE 92/96/CEE) ont supprimé le monopole, imposant à chacun des Etats membres de transposer ces directives dans son droit national au plus tard le 1er juillet 1994.

La France transposa donc ces directives dans le droit français (loi 94-5 du 4 janvier 1994 et loi 94-678 du 8 août 1994), dans le code des assurances et dans celui de la sécurité sociale (code des assurances articles R 321-1 et R321-14, code de la sécurité sociale articles R 931-2-1 et R 931-2-5), mais pas dans le code de la mutualité, dont dépendent entre autres les caisses de sécurité sociale.

La Cour de Justice des Communautés Européennes a condamné la France, (CJCE / arrêt du 16 décembre 1999), pour non application et non transposition complète des directives de 1992.

Le 17 juillet 2001 une ordonnance mettant fin au monopole a été votée à l'assemblée nationale afin d'entériner les dispositions de deux directives européennes de 1992 ordonnance 2001-350 du 19 avril 2001 parue au journal officiel le 22 avril 2001 ratifiée par une loi du 17 juillet 2001 (loi 2001-624 du 17 juillet 2001).

³³⁶ Arrêt Podesta, Affaire C-50/99,

La CJCE y a précisé la distinction entre les régimes légaux de sécurité sociale non visés par les directives, et les régimes professionnels de sécurité sociale.

« Sont considérés comme régimes professionnels de sécurité sociale les régimes non régis par la directive 79/7/CEE qui ont pour objet de fournir aux travailleurs, salariés ou indépendants, groupés dans le cadre d'une entreprise ou d'un groupement d'entreprises, d'une branche économique ou d'un secteur professionnel ou interprofessionnel, des prestations destinées à compléter les prestations des régimes légaux de sécurité sociale ou à s'y substituer, que l'affiliation à ces régimes soit obligatoire ou facultative ».

« Il résulte de cette définition que des régimes de retraite qui ne sont pas limités à une seule entreprise, mais qui couvrent un groupement d'entreprises, toute une branche économique ou même tout un secteur professionnel ou interprofessionnel, n'en constituent pas moins des régimes professionnels ».

« Il résulte également de la définition précitée que le caractère obligatoire de l'affiliation à ces régimes ne les transforme pas en régimes légaux ».

Première partie : La détermination du cadre juridique

Une décision de la Cour de cassation vient cependant contredire les éléments précédemment décrits.

Dans sa décision n° 2013-672 DC du 13 juin 2013 (NOR CSCL1315437S), le Conseil constitutionnel a fait ressortir que les régimes sociaux d'assurance relèvent des lois et règles des contrats privés; ainsi les tribunaux des affaires de la sécurité sociale doivent se déclarer incompétents au profit des tribunaux civils.

Patrick Balkany, Député des Hauts de Seine, a posé une question écrite le 25 juin 2013³³⁷ sur les revendications des mouvements opposés au monopole de la Sécurité sociale faisant remarquer qu'il est impossible de s'y substituer³³⁸.

La réponse du ministère se conclut en ces termes : « *La contrepartie des droits reconnus à tous les résidents en France est l'obligation pour tous de cotiser à ce socle commun de protection sociale.* »

L'arrêt du 3 octobre 2013 rendu par la CJUE³³⁹ est interprété de façon extensive afin d'argumenter en extrapolant sur la fin du monopole de la sécurité sociale et la liberté d'adhésion concernant les différents régimes de protection sociale.

Il a en effet jugé qu'en dépit de son statut, une caisse allemande devait se voir appliquer la directive 2005/29/CE du 11 mai 2005 « *relative aux pratiques commerciales déloyales des entreprises vis-à-vis des consommateurs dans le marché intérieur* ». Aux termes de cette directive, toutes les caisses sociales faisant de l'assurance sont des donc des entreprises et leurs affiliés des consommateurs, donc des clients.

La BKK avait diffusé une information sur son site Internet, en 2008, selon laquelle ses affiliés risqueraient des désavantages financiers en cas de changement de caisse.

Ce point constitue une pratique trompeuse au sens de la directive.

Cependant, l'assimilation d'une caisse sociale à une entreprise doit être limitée à la

³³⁷ Question écrite n° 30650 posée à l'attention de Mme la ministre des affaires sociales et de la santé publiée au JO le 25 Juin 2013 p. 6534 ;

Réponse publiée au JO le 24 Juin 2014 p. 5174.

³³⁸ Notamment le mouvement pour la liberté de la protection sociale précédemment évoqué (MLPS) et « Les médecins ne sont pas des pigeons ».

³³⁹ CJUE, 3 octobre 2013, n° C 59/12, aff. BKK Mobil Oil Körperschaft des öffentlichen Rechts c. Zentrale zur Bekämpfung unlauteren Wettbewerbs eV

Première partie : La détermination du cadre juridique

directive sur les pratiques commerciales déloyales et il semble risqué de l'appliquer aux règles de concurrence aux régimes de protection sociale et la fin du monopole de la Sécurité sociale en la matière.

La CJUE précise au point 39 que « *l'interprétation qui précède est en effet la seule qui est de nature à assurer le plein effet à la directive sur les pratiques commerciales déloyales, en garantissant que, conformément à l'exigence d'un niveau élevé de protection des consommateurs, les pratiques commerciales déloyales soient combattues de manière efficace* ».

232.- La Sécurité sociale a répondu par communiqué le 29 octobre 2013 afin de réaffirmer les obligations d'affiliation et de cotisation³⁴⁰.

La réponse de l'organisme français est sans équivoque puisque son interprétation de cette directive vise non pas la Sécurité sociale mais certains domaines de l'assurance privée³⁴¹.

233.- Afin d'éviter une hémorragie de cotisants, des sanctions se sont mises en place. L'aide et l'incitation à cesser de cotiser à la Sécurité sociale sont sanctionnées par les articles L 652-4 et R 652-1 du Code de la sécurité sociale³⁴².

L'organisme assureur ayant fait souscrire un contrat d'assurance privée (retraite, prévoyance, maladie...) au profit d'un travailleur indépendant non à jour de ses cotisations de Sécurité sociale est sanctionné.

Les conséquences peuvent être la nullité du contrat d'assurance, l'éventuelle solidarité de l'organisme assureur pour régulariser le versement des cotisations de Sécurité sociale et des conséquences pénales pour l'organisme assureur et le souscripteur.

234.- De même des sanctions sont prévues contre toute personne qui incite les assurés sociaux à refuser de se conformer aux prescriptions de la législation de Sécurité

³⁴⁰ Site internet de la Sécurité Sociale, « *Rappel des obligations d'affiliation et de cotisation à la Sécurité sociale* », [<http://www.securite-sociale.fr/Rappel-des-obligations-d-affiliation-et-de-cotisation-a-la-Securite-sociale>], page consultée le 20 mars 2015.

³⁴¹ *Idem*, « *Le monopole de la sécurité sociale* », [<http://www.securite-sociale.fr/Le-monopole-de-la-Securite-sociale>], page consultée le 21 Mai 2013.

³⁴² La loi avait alors été surnommée par les médias « loi anti-Reichman », du nom du leader du combat contre le monopole de la sécurité sociale.

Première partie : La détermination du cadre juridique

sociale, de s'affilier à un organisme de Sécurité sociale ou de payer les cotisations et contributions dues³⁴³ et contre toute personne qui, par voie de fait, menace ou manœuvres concertées, a organisé ou tenté d'organiser le refus des travailleurs indépendants de se conformer aux prescriptions de la Sécurité sociale³⁴⁴.

235.- Les organismes d'assurance maladie obligatoire ont été fondés sur le principe de la solidarité et de l'équité.

La forte réaffirmation de ces principes va dans le sens d'une conservation des principes républicains.

Les frondeurs espèrent une interprétation plus impartiale des directives européennes ouvrant au libre choix de l'organisme de cotisation.

Ces derniers se sont organisés sous le titre « les libérés de la sécu »³⁴⁵ et MPLS (mouvement pour la liberté de la protection sociale) dispensant des conseils pour s'affranchir du monopole.

Pourtant il nous semble incohérent d'appartenir à un groupe nommé « les libérés de la sécu » et de ne pas être déconventionné de cet organisme. Cela revient à vouloir l'ensemble des « avantages » d'une situation sans en supporter la contrepartie.

Les praticiens adhérents n'hésitent pas à prendre des risques, organisant leur insolvabilité.

La France, elle, défend le caractère obligatoire, sans en avoir le choix car l'hémorragie de cotisant provoquerait la banqueroute du système.

³⁴³

CSS,

Art. R. 652-1

:

« Sera punie de la peine d'amende applicable aux contraventions de la 5e classe toute personne physique proposant à une personne légalement tenue de cotiser à un régime d'assurance obligatoire institué par le livre VI, et qui n'est pas à jour des cotisations qu'elle doit à ce titre, de souscrire ou de renouveler un contrat ou une clause de contrat garantissant les risques couverts à titre obligatoire par ce régime. « Sera punie de la même peine toute personne légalement tenue de cotiser à un régime d'assurance obligatoire institué par le livre VI qui souscrit ou renouvelle un contrat ou une clause de contrat garantissant les risques couverts à titre obligatoire par ce régime alors qu'elle n'est pas à jour des cotisations qu'elle doit au titre de ce régime. « En cas de récidive, la peine d'amende encourue est celle qui est prévue pour la récidive des contraventions de la 5e classe. »

³⁴⁴ Art L 114.18 et L 637-1 et L 652-7 du Code de la Sécurité Sociale (tels qu'il résulte du PLFSS pour 2007) : peines d'emprisonnement de deux ans et amende de 30 000 €.

³⁴⁵ [<http://mouvement-des-liberes.fr>].

Première partie : La détermination du cadre juridique

La solidarité s'arrête là où le « ras le bol fiscal » débute.

Pour certains auteurs, « *la persistance de ce type de contentieux est surprenante : le droit positif est limpide, la jurisprudence constante et unanime* »³⁴⁶.

Les sanctions potentielles lourdes ne sont pourtant pas prises au sérieux³⁴⁷.

Section 2 Un système déficitaire en péril

236.- Le déficit du régime général de la Sécurité sociale s'est réduit en 2014 pour atteindre 9,7 milliards d'euros, contre 12,5 milliards d'euros en 2013³⁴⁸. Même si les signes d'améliorations sont présents, le déficit reste conséquent.

En 2003, le Haut Comité pour l'avenir de l'assurance maladie a été mis en place après une première dégradation importante des comptes publics.

Il s'agit d'une structure dont la mission est d'analyser et de proposer des pistes d'amélioration pour endiguer l'augmentation du déficit.

Ces solutions passent en partie par la responsabilisation du patient. Les organismes complémentaires ont ensuite copié ce modèle.

237.- Les dispositifs suivants ont été évoqués pour la médecine et la pharmacie.

- Le médecin traitant et le parcours de soins coordonné mis en place depuis le 1er janvier 2005 : une déclaration doit être remplie, le médecin coordonne le parcours de soin.

En cas de non-respect du parcours, les remboursements peuvent être diminués de 40 %.

³⁴⁶ F. KESSLER, « *L'obligation d'affiliation aux régimes des professions libérales : des difficultés sans fin ?* », RDSS 2012. 21.

³⁴⁷ Lucien FLAMENT, « *Les implications juridiques du refus de paiement des cotisations sociales* », RDSS 2015. 153.

³⁴⁸ Direction de la sécurité sociale, Chiffres clés de la Sécurité sociale 2014 p. 26 [http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/chiffres_cles_2015_web.pdf], page consultée le 20 Août 2015.

Première partie : La détermination du cadre juridique

- La participation forfaitaire de 1 euro par consultation, mise en place le 1er janvier 2005,
- La participation forfaitaire de 18 euros par consultation mise en place le 1er septembre 2006 pour les consultations ayant un tarif égal ou supérieur à 91 €,
- Le forfait journalier pendant une hospitalisation qui reste à la charge du patient,
- Les franchises médicalisées depuis janvier 2008 concernent les médicaments (0,50 € par boîte), les actes paramédicaux (0,50 € par acte) et les frais de transport (2 € par transport).

238.- Le bouclier sanitaire est un exemple qui n'a jamais abouti, signe des difficultés pour concilier responsabilisation et égalité d'accès aux soins.

Il s'agit d'un plafonnement annuel du reste à charge des patients en fonction des revenus proposé en 2007 par Martin Hirsch. L'intitulé fait référence au bouclier fiscal.

Pierre-Yves Geoffard et Grégoire de Lagasnerie ont évalué les effets de cette éventuelle réforme dans une étude publiée par l'Insee³⁴⁹.

L'Assurance-maladie a été fondée sur le principe d'une cotisation selon les revenus et d'une attribution des remboursements selon les besoins de chacun.

Or la contribution pour les ménages aisés se ferait d'une part avec les charges sociales et la CSG, proportionnelles à leurs revenus, et d'autre part en leur appliquant un plafond de dépenses plus élevé que les patients modestes.

Enfin, en faisant connaître à l'avance aux patients le montant maximum annuel de leurs frais de santé, le bouclier pourrait les inciter à renoncer à une complémentaire santé.

239.- En chirurgie dentaire, les économies se font surtout sur la faiblesse des remboursements des soins.

Quelques programmes de prévention existent mais ont surtout pour objectif d'inciter à réaliser une première consultation³⁵⁰.

³⁴⁹ P-Y GEOFFARD, G. DE LAGASNERIE, « Réformer le système de remboursement pour les soins de ville, une analyse par microsimulation », *Economie et statistique*, n° 455-456, 2012, p 89-113.

³⁵⁰ M'T dents est un rendez-vous de prévention chez le dentiste intégralement pris en

Première partie : La détermination du cadre juridique

Une voie d'amélioration serait de mieux rembourser les patients compliants et réguliers dans leurs examens de prévention sur le modèle des Pays-Bas³⁵¹.

240.- De telles dispositions renforçant la taxation n'apportent selon nous pas de réelle solution aux comportements des usagers du système de santé.

S'il est certes nécessaire d'envisager une hausse des recettes, il faut avant tout informer les patients de leur rôle d'acteur dans la consommation de soin car la diminution de l'aléa moral nécessite bien la participation financière du patient.

Les usagers doivent apprendre que le nomadisme médical et la surconsommation de pharmacopée sont délétères au long terme pour leur santé. Ce principe n'étant pas acquis dans l'esprit de chacun il convient de mettre en place les mesures pour faire évoluer les mentalités.

Les franchises médicales et contrats responsables vont dans cette direction, pour regrettable que soit le faible impact sur les classes les plus aisées.

Il est souhaitable que les politiques de santé publique poursuivent leur devoir d'information sur ce point pour diminuer l'aléa moral ex post.

241.- A noter que les organismes complémentaires misent également sur la responsabilité du patient avec, par exemple, les franchises cautionnées.

Le principe est de faire payer à l'assuré une cotisation globale comprenant le coût de la franchise.

En fonction de la consommation du bénéficiaire, il peut récupérer un pourcentage de la

charge par l'Assurance Maladie.

Les soins nécessaires sont remboursés à 100 % pour les enfants âgés de 6, 9, 12, 15 et 18 ans. Mis en place en 2007, le volet de prévention en milieu scolaire a été supprimé pour des raisons budgétaires.

Sur le même système un examen de prévention chez la femme enceinte a été mis en place du 4^{ième} mois de grossesse au 12^{ième} jour après la naissance.

³⁵¹ Lire à ce sujet : HAS, « La participation des patients aux dépenses de santé dans cinq pays européens », Mission Études et Recherche, Sept. 2007 ; C. LÉONARD, « *La responsabilisation: une conséquence logique de l'individualisme?* », La Revue Nouvelle, Avril 2003, p. 68-73 ; C. LÉONARD, « *La responsabilisation du patient - Questions économiques et philosophiques - Comment passer d'une version réifiée de la responsabilisation à une responsabilisation qui autonomise l'individu* ». Bruxelles Informations Sociales, n°159, Juin 2008, p. 55-66.

Première partie : La détermination du cadre juridique

cotisation non utilisée si il ne dépasse pas un certain plafond.

Les cotisations des contrats avec franchise cautionnée sont supérieures à une protection équivalente sans franchise cautionnée.

Section 3 Le contrôle médical

242.- Dans un contexte de pénurie des ressources, il convient d'allouer le plus rationnellement possible celles disponibles. L'utilisation abusive du droit d'accès aux soins devient un élément clé de l'équilibre des comptes.

« La finalité première n'est pas de sanctionner de façon aveugle mais de dissuader et de prévenir les comportements déviants »³⁵².

243.- Le contentieux du contrôle technique est un contentieux spécial prévu par les articles L 145-1 et R 145-1 et suivants du Code de la sécurité sociale.

Le contrôle est disciplinaire afin de sanctionner *« les fautes, abus, fraudes et tout fait intéressant l'exercice de la profession relevés à l'encontre des professionnels de santé à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux »*.

L'action est réalisée par la section des assurances sociales au sein des conseils régionaux puis nationaux en appel.

244.- L'article R. 145-18 du Code de la sécurité sociale limite la saisine :

- aux services ou organismes d'assurance maladie et autres organismes assureurs :

* caisses d'assurance maladie (régime général) ;

* caisses de mutualité sociale agricole (régime agricole) ;

* autres organismes assureurs (caisses de sécurité sociale minières, caisses de mutualité régionales - régime des professions non salariées non agricoles - caisse de prévoyance et de retraite S.N.C.F., mutuelles privées d'assurance, etc ...) ;

- aux directeurs régionaux des affaires sanitaires et sociales et aux chefs des services régionaux de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles ou leurs représentants ;

- aux médecins-conseils ;

³⁵² Circulaire CNAMTS, 18 août 2005, Réf : 83/2005.

Première partie : La détermination du cadre juridique

En ce qui concerne le régime général, le médecin-conseil national, les médecins conseils régionaux et les médecins-conseils chefs des services du contrôle médical du ressort de chaque circonscription de caisse primaire d'assurance maladie ;

En ce qui concerne le régime agricole, le médecin-conseil national et les médecins chefs de service des échelons départementaux ou pluri-départementaux du contrôle médical ;

En ce qui concerne les autres régimes, les médecins-conseils responsables du service du contrôle médical d'une caisse ou d'un organisme de sécurité sociale ;

- aux syndicats de chirurgiens-dentistes ;

- aux conseils départementaux de l'Ordre des chirurgiens-dentistes et la section des assurances sociales du conseil régional.

§1 Le Principe

245.- Le contrôle médical est la contrepartie du principe de libre choix du médecin et de liberté de prescription de ce dernier afin de prévenir les éventuels abus de la part des praticiens.

L'article 2 de l'ordonnance n° 67/706 du 21 août 1967 relative à l'organisation administrative et financière de la Sécurité sociale l'a placé au rang de « service national ». Depuis ses pouvoirs se sont élargis compte tenu des politiques de régulations des dépenses³⁵³.

246.- Le contrôle « porte sur tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie, maternité et invalidité ainsi que des prestations prises en charge en application (...) du code de l'action sociale et des familles » et « constate les abus en matière de soins, de prescription d'arrêt de travail et d'application de la tarification des actes et autres prestations »³⁵⁴.

³⁵³ Ord. n° 96-345, 24 Avr. 1996, art 10 ; textes aujourd'hui codifiés à l'art. L. 315-1 à L. 315-2-1 CSS.

Art. 34 de la Constitution ; décision n° 96-379 DC du 16 juill. 1996 (loi organique relative aux LFSS).

J.-J. DUPEYROUX, M. BORGETTO, R. LAFORE, « Droit de la sécurité sociale », Dalloz, 17e éd, 2011, n° 747.

³⁵⁴ CSS I et II de l'art. L. 315-1.

Première partie : La détermination du cadre juridique

Il est dirigé par le directeur de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, assisté d'un médecin-conseil national.

Les antennes sont les caisses régionales et caisses primaires d'assurance-maladie, au sein desquelles exercent des « praticiens conseils »³⁵⁵.

« Le service du contrôle médical procède à l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des professionnels de santé dispensant des soins aux bénéficiaires de l'assurance maladie, de l'aide médicale de l'Etat ou de la prise en charge des soins urgents »³⁵⁶.

La section des assurances sociales est ainsi une juridiction spécialisée relevant de l'ordre administratif qui va apprécier les faits des praticiens, les qualifiant de fautes, fraude ou abus.

§2 Les griefs du contentieux

247.- Les griefs du contentieux lors d'une analyse d'activité peuvent être la fraude, la faute ou l'abus définis tel qu'il suit³⁵⁷:

A/ La Fraude

248.- Il s'agit d'une action de mauvaise foi dans le but de tromper, de porter atteinte aux droits ou aux intérêts d'autrui. Il y a une intention de nuire avec concordance de trois éléments : légal, matériel, moral³⁵⁸.

Plus précisément s'agissant des rapports avec les organismes d'assurance maladie :

« Sont qualifiés de fraude les faits illicites au regard des textes juridiques, commis intentionnellement par une ou plusieurs personnes physiques ou morales (assuré, employeur, professionnel de santé, fournisseur, transporteur, établissement, autre prestataire de services, employé de l'organisme) dans le but d'obtenir ou de faire

³⁵⁵ CSS Art. R. 315-2, R. 315-3 à R. 315-9.

³⁵⁶ CSS IV de l'art. L. 315-1

³⁵⁷ Circulaire CIR-1/2012 du 02/01/2012, Objet : Définitions opérationnelles de la fraude, des activités fautives et abusives pour l'Assurance Maladie adressée aux médecins conseils directeurs de la CPAM CARSAT et CGSS et aux agents comptables.

³⁵⁸ Voir Code Pénal : Art. 441-1 sur le faux et 313-1 sur l'escroquerie.

Première partie : La détermination du cadre juridique

obtenir un avantage ou le bénéfice d'une prestation injustifiée ou induue au préjudice d'un organisme d'assurance maladie ou de la caisse d'assurance retraite et santé au travail ou encore de l'Etat s'agissant de la protection complémentaire en matière de santé, du bénéfice de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé ou de l'aide médicale de l'Etat »³⁵⁹.

La fraude implique ainsi une démarche intentionnelle délibérée et répétée.

Selon Marc Sabek, la fraude pourrait ainsi être entendue comme « *une tromperie, un procédé déloyal mis en œuvre sciemment par le praticien pour se procurer un avantage indu* »³⁶⁰.

Elle peut être invoquée pour des actes acquittés non réalisés comme un acte fictif ou des cotations intentionnellement appliquées à des actes hors nomenclature et non assimilables, ou encore la facturation d'actes hors nomenclature en place d'acte opposable³⁶¹.

249.- Peuvent être mises en place une procédure de pénalité financière, la saisine de la juridiction pénale et/ou ordinale, une procédure de sanction conventionnelle, une transaction, une mise en garde, sans préjudice de récupération des sommes indues.

B/ La Faute

250.- Elle se définit comme un manquement aux obligations dont l'origine peut être un fait positif, une faute par omission, une erreur une ignorance, une imprudence, une maladresse, une négligence.

Sont qualifiées d'activités fautives par la CPAM celles qui rassemblent de manière réitérée des faits irréguliers au regard de textes juridiques, commis par une ou plusieurs personnes physiques ou morales en dehors des circonstances définissant la fraude ou

³⁵⁹ CNAMTS, Annexe 1 de la charte de contrôle de l'activité des professionnels de santé par l'assurance maladie, 20 Mars 2012.

³⁶⁰ M. SABEK, « Les responsabilités du chirurgien-dentiste », Ed. Les études hospitalières, 2012, p 372.

³⁶¹ DRSM PACA Corse, « Analyse d'activité d'un chirurgien-dentiste », Formation 2012 Contrôles et contentieux.

Première partie : La détermination du cadre juridique

les activités abusives³⁶².

251.- Les débouchés des actions de l'Assurance Maladie sur ces activités fautives relèvent prioritairement d'avertissements préalables, de pénalités financières, de plaintes ordinaires ou de contentieux conventionnels.

C/ Les Abus

252.- Il s'agit de l'usage avec excès d'un bien, d'une prérogative ou d'une pratique outrepassant des niveaux acceptables par incompetence, complaisance ou négligence.

Il n'y a pas de définition précise de l'abus en terme disciplinaire mais la jurisprudence en donne les contours.

Sont qualifiées d'activités abusives par la CPAM celles qui rassemblent de manière réitérée des faits caractéristiques d'une utilisation d'un bien, d'un service ou d'une prérogative outrepassant des niveaux acceptables par rapport à des références ou des comparatifs non juridiques lorsqu'aura été constatée l'une des circonstances suivantes :

- « Exécution d'actes médicaux ou paramédicaux au-delà du besoin de soins du patient.
- Prescriptions d'actes paramédicaux, de produits de santé ou de services au-delà du besoin de soins du patient (par exemple la prescription répétée, malgré l'avertissement des caisses, d'examens radiologiques sans justification médicale).
- Prescriptions d'arrêts de travail ouvrant droit à indemnités journalières au-delà du besoin de repos du patient, ce qui est rarement retrouvé en dentisterie bien que les praticiens puissent tout à fait prescrire un arrêt de travail³⁶³.
- Facturations d'honoraires outrepassant le tact et la mesure. Sur ce point il y a relativement peu de jurisprudence.
- Application d'une majoration de facturation sur des actes opposables sans respecter les conditions exceptionnelles prévues » (par exemple la majoration de jour férié

³⁶² CNAMTS, Annexe 1 de la charte de contrôle de l'activité des professionnels de santé par l'assurance maladie, 20 Mars 2012.

³⁶³ Article 4.1.4 de la Convention nationale des chirurgiens-dentistes. Certaines caisses refusent cependant de prendre en charge un arrêt prescrit par un dentiste, au mépris des textes.

Première partie : La détermination du cadre juridique

un vendredi soir...)

Ainsi l'abus de cotation traduit « le recours systématique à des cotations non prévues à la nomenclature générale, sans demande d'entente préalable et alors que l'attention du médecin avait été attirée sur l'irrégularité de cette pratique (...) sans qu'aucune intention frauduleuse de l'intéressé doive être autrement démontrée »³⁶⁴.

L'arrêt Naman du Conseil d'Etat en reprecise les contours³⁶⁵.

« constituent des honoraires abusifs au sens de l'article L 145-2 du Code de la Sécurité Sociale ceux qui sont réclamés pour un acte facturé sans avoir jamais été réalisé, pour un acte surcoté, pour un acte réalisé dans des conditions telles qu'alors même qu'il a été effectivement pratiqué, il équivaut à une absence de soins, ou encore ceux dont le montant est établi sans tact ni mesure; qu'il ne ressort pas de la décision attaquée que la section des assurances sociales du Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes ait recherché si les honoraires qu'elle a jugés abusifs remplissaient ces conditions; qu'ainsi, cette section n'a pas légalement fondé sa décision ».

Pour chacun des actes considérés comme étant un honoraire abusif, le Conseil devra donc démontrer qu'il s'agit d'un acte remplissant les critères sus énumérés.

253.- L'Assurance Maladie engage alors soit des actions susceptibles de déboucher sur des sanctions (mise en garde, pénalités financières, saisines ordinales), soit des actions conventionnelles (toutes actions pouvant être associées ou non avec une récupération d'indus).

Les trois mécanismes impliquant un non respect de la nomenclature peuvent donner lieu à une procédure spécifique : la récupération de l'indu.

³⁶⁴ CE 14 Nov. 1990, B., n°100899 ; GP, 21-22 Juin, p. 52.

³⁶⁵ CE, 15 juin 2011, Naman, n° 324982, Publié au recueil Lebon, Consulté sur legifrance.fr

Dans le même sens : CE 24 octobre 2008, n° 288051, AJDA 2008 p. 2036; RDSS. 2008, p. 1152, note T. TAURAN

Première partie : La détermination du cadre juridique

§3 La procédure de récupération de l'indu

254.- La récupération (ou la répétition) d'indus est prévue par l'article 1376 du Code civil : « Celui qui reçoit par erreur ou sciemment ce qui ne lui est pas dû, s'oblige à restituer à celui de qui il l'a indûment reçu ».

La profession est très largement concernée par cette procédure, souvent mal comprise et vécue comme une intrusion dans sa pratique.

Il convient d'en retracer les principes et le déroulement puis de clarifier les sanctions possibles.

A/ Le principe

Le non respect de la nomenclature est considéré comme une faute et/ou une fraude et donne lieu à la procédure de recouvrement de l'indu sous couvert de l'article L 133-4 du Code de la Sécurité Sociale.

« En cas d'inobservation des règles de tarification ou de facturation l'organisme de prise en charge recouvre l'indu correspondant auprès du professionnel ou de l'établissement à l'origine du non-respect de ces règles et ce, que le paiement ait été effectué à l'assuré, à un autre professionnel de santé ou à un établissement.

Il en est de même en cas de facturation en vue du remboursement, par les organismes d'assurance maladie, d'un acte non effectué ou de prestations et produits non délivrés. »

255.- Le montant de l'indu est en rapport avec la valeur de l'acte remboursé au tarif de responsabilité par l'assurance maladie. S'il s'agit d'une erreur de cotation l'indu correspond à la différence entre les deux valeurs de cotation.

C'est le praticien qui assumera l'erreur.

Selon l'article L.133-4 du Code de la Sécurité Sociale alinéa 2, *« lorsque le professionnel ou l'établissement faisant l'objet de la notification d'indu est également débiteur à l'égard de l'assuré ou de son organisme complémentaire, l'organisme de prise en charge peut récupérer la totalité de l'indu. Il restitue à l'assuré et, le cas échéant, à son organisme complémentaire les montants qu'ils ont versés à tort ».*

Première partie : La détermination du cadre juridique

B/ Une procédure très encadrée

256.- Une procédure plus égalitaire entre le contrôlé et le contrôleur s'est mise en place. Il convient d'en rappeler brièvement les contours.

Les sanctions prises par les organismes de sécurité sociale s'inscrivent dans le cadre juridique des droits de la CEDH et de la CJCE ouvrant le champ des possibilités de recours³⁶⁶.

Le pouvoir réglementaire a introduit par décret une procédure permettant de recueillir les objections du professionnel de santé contrôlé³⁶⁷.

Y faisant suite, la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a renforcé les droits d'objection afin d'affirmer le principe du contradictoire et de contrebalancer les pouvoirs du service médical vécus comme intrusifs par le praticien intéressé.

L'article L. 315-1 du Code de la sécurité sociale s'est vu étayé par la mention selon laquelle « *la procédure d'analyse de l'activité se déroule dans le respect des droits de la défense* ».

Le droit d'objection³⁶⁸ a d'abord été renforcé en prévoyant que lors de l'entretien au service du contrôle médical qui suit la notification des griefs, une assistance par un membre de sa profession est possible. Cet assouplissement a été la contrepartie d'un alourdissement des sanctions applicables.

Pour que cet entretien ait une certaine utilité, préalablement à son organisation, le service du contrôle médical communique au professionnel de santé contrôlé « *l'ensemble des éléments nécessaires avant l'entretien* ».

Cela porte à sa connaissance notamment la liste des faits reprochés et l'identité des

³⁶⁶ P-M. PRADEL, « Le médecin libéral face au service public de Sécurité Sociale », Université d'Angers, UFR de droit, d'économie et de gestion, 2010, p31.

³⁶⁷ Décret n° 96-786 du 10 sept. 1996 relatif au contrôle médical.

³⁶⁸ Le droit d'objection peut être qualifié comme le droit pour le professionnel de santé objet d'un contrôle d'objecter des justifications ou des faits aux constatations résultant des investigations dont son activité médicale fait l'objet.

C. EOCHE DUVAL, « *l'analyse de l'activité des professionnels de santé par le contrôle médical* », RDSS 2012, p. 291.

Première partie : La détermination du cadre juridique

patients concernés³⁶⁹.

Cet entretien fait l'objet d'un compte-rendu qui lui est adressé dans un délai de quinze jours.

A compter de sa réception, il dispose d'un délai de quinze jours pour renvoyer ce compte-rendu signé, accompagné d'éventuelles réserves. « *A défaut, il est réputé approuvé* »³⁷⁰.

Enfin, à l'expiration du délai d'un mois suivant la notification des griefs, la caisse informe dans un délai de trois mois le professionnel de santé « *des suites qu'elle envisage de donner* » aux griefs initialement notifiés³⁷¹.

« *A défaut, la caisse est réputée avoir renoncé à poursuivre le professionnel de santé contrôlé* ».

En d'autres termes, le professionnel de santé qui a fait l'objet d'un contrôle médical, et qui a montré sa bonne foi peut considérer que l'inaction de la caisse est une sorte de « classement » de la procédure.

L'article 51 de la LFSS pour 2008 évite le passage par le Conseil de l'Ordre. Les pénalités ne sont pas automatiques.

Une commission constituée par le Conseil d'administration avec des représentants de la profession de chirurgiens-dentistes prononcera la sanction.

Le tribunal administratif serait saisi en cas de recours d'un praticien.

Les procédures se sont intensifiées à l'encontre des praticiens³⁷² avec les sanctions qui s'y rapportent.

³⁶⁹ Article D.315-2, premier alinéa, du Code de la Sécurité Sociale.

³⁷⁰ Article D.315-2 alinéa 2 du Code de la Sécurité Sociale.

³⁷¹ Article D.315-3 du Code de la Sécurité Sociale.

³⁷² M. Lhéritier parle d'une multiplication par sept du nombre de plaintes déposées. M. L'HERITIER, « Les litiges opposant les caisses primaires aux praticiens libéraux », Les études hospitalières, 2000, p. 201.

Première partie : La détermination du cadre juridique

C/ Les sanctions

257.- Les manquements sanctionnables ne sont pas énumérés de façon limitative mais les sanctions prévues sont graduelles en cas d'irrégularité, de faute ou de fraude de la part du praticien³⁷³.

Selon l'article L145-2 du Code de la sécurité sociale, « *les sanctions susceptibles d'être prononcées par la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance ou par la section spéciale des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins ou des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes sont :*

1°) *l'avertissement ;*

2°) *le blâme, avec ou sans publication ;*

3°) *l'interdiction temporaire ou permanente, avec ou sans sursis, du droit de donner des soins aux assurés sociaux ;*

4°) *dans le cas d'abus d'honoraires, le remboursement à l'assuré du trop-perçu ou le reversement aux organismes de sécurité sociale du trop-remboursé, même s'il n'est prononcé aucune des sanctions prévues ci-dessus ».*

a) Les sanctions pénales

Selon l'article 85 du Code de Procédure Pénale :

« *Toute personne qui se prétend lésée par un crime ou un délit peut en portant plainte se constituer partie civile devant le juge d'instruction compétent ».*

Les caisses peuvent donc mettre en place une procédure devant les juridictions répressives.

³⁷³ Les conclusions de l'analyse peuvent en effet conduire soit

- à la suspension du service de la prestation à l'assuré-social(Art. L. 315-2 CSS.),
- à l'assignation au praticien « contrôlé positif » d'un objectif de réduction de ses prescriptions (Art. L. 162-1-15-II CSS) ou à leur mise sous accord préalable
- Soit au titre de l'art. L. 315-2 soit au titre de l'art. L. 162-1-15-I), ou à lui infliger une «pénalité»(Art. L. 162-1-14 et L. 162-1-14-1 CSS)
- à mettre en oeuvre la procédure de recouvrement de l'indu (Art. L. 133-4 CSS)
- à actionner les sanctions conventionnelles(Art. L. 162-14-1 et L. 162-15-1 CSS.),
- à le déférer au bras disciplinaire, dit du contentieux du contrôle technique(Art. L. 145-1 CSS), pouvant conduire à infliger une sanction d'interdiction de donner des soins aux assurés sociaux(Art. L. 145-2 CSS).

Première partie : La détermination du cadre juridique

La fraude ou fausse déclaration est punie de 5000 euros d'amende (article L. 114-13 du Code de la sécurité sociale) ;

Le faux est lui puni de 3 ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende³⁷⁴ (article 441-1 du Code pénal) ;

Sous le terme d'escroquerie sont relevées l'obtention de prestations indues par l'usage d'un faux nom, d'une fausse qualité, l'abus de qualité vraie ou l'emploi de manœuvres frauduleuses.

« Les praticiens sont condamnés pour escroquerie par le tribunal correctionnel à des peines de prison avec sursis ;

Les prévenus reconnaissent avoir mis au point un système » qui « tendait, en réalité, à une utilisation de la NGAP »

Le tribunal souligne que *« ces dispositions de la nomenclature sont claires, dépourvues d'ambiguïté et qu'une lecture attentive de la nomenclature, laquelle relève des obligations élémentaires des praticiens éclairée et décente ne doit pas conduire à la cotation systématique d'actes non effectués »* ³⁷⁵.

En pratique les condamnations pénales sont plutôt rares³⁷⁶.

Les faits peuvent être qualifiés d'escroquerie comme par exemple un praticien ayant signé des feuilles de soins pour les patients pour des actes fictifs³⁷⁷.

La qualification de fraude à la sécurité sociale est majoritairement retenue³⁷⁸.

³⁷⁴ Cour de cassation, Chambre criminelle, 16 novembre 1995, pourvoi n° 94-84725, consulté sur Lextenso.fr

En l'espèce le praticien a par photomontage réalisé un courrier avec l'entête de la CPAM afin de justifier une baisse de chiffre d'affaire auprès de son successeur.

³⁷⁵ Code Pénal, Art. 313-1.

Au sujet de l'assimilation à une escroquerie : voir CA Basse-Terre – 17 septembre 2012 – n° 11/01514

Décision attaquée : TASS Guadeloupe, Basse-Terre 2011-09-13,

Il s'agit d'une plainte avec constitution de partie civile ayant entraîné à la mise en examen d'un praticien du chef d'escroquerie.

³⁷⁶ Lire à ce sujet R. SALOMON, « La Fraude pénale en droit de la sécurité sociale », *Économica*, 2013, 311 p. ; I. Vacarie, *Rev. trav.* 2013. 798.

³⁷⁷ Cour de cassation, crim. 19 mars 2014, D. 2014. 779.

³⁷⁸ Cette qualification est issue de l'ordonnance du 19 Oct. 1945, Art 110.

Voir CSS. Art. L. 114-13.

Lire à ce sujet : M. SABEK, « Les responsabilités du chirurgien-dentiste », 2^{ième} édition,

Première partie : La détermination du cadre juridique

b) Les sanctions administratives

La procédure de sanction administrative est prévue à l'article L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale.

Le directeur d'un organisme local d'Assurance maladie peut ainsi prononcer une pénalité financière à l'encontre des assurés, employeurs, professionnels de santé, fournisseurs établissements de santé.

258.- La loi du 13 août 2004³⁷⁹ a institué des pénalités financières aux praticiens de santé libéraux.

L'article du Code de la sécurité sociale L 162-1-14-1 permet de les appliquer face à des dépassements d'honoraires excessifs, ou non conformes à la Convention ou face à l'omission de l'information écrite préalable, donc du devis.

Elle a été complétée par un décret paru le 30 décembre 2008³⁸⁰.

Un nouveau motif de pénalités financières est mis en place et la compétence est donnée à l'organisme local d'assurance maladie pour prononcer cette sanction

Le non-respect du tact et la mesure dans la facturation est sanctionné.

Deux décrets d'application de la LFSS pour 2009³⁸¹, détaillent les mesures de pénalités financières applicables en cas d'abus, de fautes ou de fraudes à l'Assurance maladie ainsi que la possibilité, pour les directeurs d'organismes de sécurité sociale, de recouvrer les prestations indues par voie de contrainte.

Les textes précisent par ailleurs la composition de la commission chargée d'émettre un avis au directeur de l'organisme local d'assurance maladie dans le cadre de la mise en œuvre de la procédure d'infraction.

Ed. Les études hospitalières, 2012, p. 179.

³⁷⁹ La loi du 13 août 2004 (art. 23) et modifié par la LFSS pour 2008 (art. 37, 51 et 110) a donné lieu à l'article L. 162-1-14.

Son décret est le décret n°2005-1016 du 23 août 2005. Il introduit dans la partie réglementaire du même code les articles R.147-1 à 8 du Code de la Sécurité Sociale.

³⁸⁰ Décret n° 2008-1527 du 30 décembre 2008NOR: JSS0826101D, JORF n° 0304, 31 Déc. 2008.

³⁸¹ Décrets n°2009-982 et n°2009-988.

Première partie : La détermination du cadre juridique

259.- La nouveauté est ainsi le cas spécifique du non-respect du tact et la mesure dans la facturation à un assuré d'un dépassement d'honoraires. L'application de pénalités financières est encadrée.

Les éléments du tact et de la mesure sont rappelés (situation financière ; service obtenu, notoriété du praticien, complexité de l'acte réalisé et temps consacré) mais le décret ajoute un nouveau paramètre plus surprenant : le « *pourcentage d'actes avec dépassement et [au] montant moyen de dépassement pratiqués, pour une activité comparable, par les professionnels de santé exerçant dans le même département* ».

Il n'est pas précisé que les caisses informeront les praticiens sur ces pourcentages et sur le montant moyen des dépassements ...

260.- En pratique, le directeur de l'organisme local adresse au praticien une mise en garde lui indiquant que des faits seraient de nature à « *justifier l'engagement d'une procédure de sanction s'ils devaient être à nouveau constatés après un délai minimum d'un mois* ».

Si, malgré la mise en garde, des faits de même nature sont constatés à l'issue du délai d'un mois imparti, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie adresse au professionnel en cause une notification précisant les faits reprochés et le montant de la pénalité encourue et lui indique qu'il dispose d'un délai d'un mois à compter de sa réception pour demander à être entendu, s'il le souhaite, ou pour présenter des observations écrites. La notification doit indiquer obligatoirement le nombre et le montant des dépassements reprochés.

Le directeur de l'organisme local en informe le Conseil départemental de l'ordre du non respect du tact et de la mesure et peut engager la procédure devant la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire.

261.- Le montant de la pénalité financière doit ensuite être déterminé.

Il peut correspondre à :

- 50 % des sommes indûment présentées au remboursement ou indûment prises en charge par la CPAM pour les manquements avec un indu déterminable ;
- de 1/10 à quatre fois le plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur à la date des faits qui constituent la fraude pour les manquements avec un indu indéterminable.

Première partie : La détermination du cadre juridique

Pour les dépassements ne respectant pas le tact et mesure, le montant de la pénalité financière est proportionnel aux dépassements constatés, dans la limite de deux fois le montant des dits dépassements. Ce montant est doublé en cas de récidive³⁸².

La lecture de la jurisprudence montre que le manquement au tact et mesure a ainsi été caractérisé dans le cas de soins multipliant d'un facteur 2 à 5 le tarif conventionnel³⁸³.

Le « *mode d'exercice de la profession médicale et sa notoriété ne justifiait pas l'importance et le caractère systématique des dépassements d'honoraires* » pratiqués par le médecin, ce qui constituait également un manquement au tact et à la mesure »³⁸⁴.

La contestation du montant des honoraires³⁸⁵ peut donc être réalisée par la CPAM. Les instances ordinales peuvent s'associer à la démarche et sanctionner par la voie disciplinaire.

§4 Un cumul des sanctions pour des même faits.

262.- Les poursuites du contentieux technique sont indépendantes des poursuites disciplinaires civiles ou pénales éventuelles³⁸⁶.

Le praticien peut donc être poursuivi pour les mêmes faits devant la section des assurances sociales et/ou

³⁸² CSS Art. L. 162-1-14 et s.; Art. R.147-3.

³⁸³ CE 30 juin 1993, Furter, CE, 21 novembre 2003, CE, 4 décembre 1985, Daniel

³⁸⁴ CE 9 décembre 1994, CPAM du Loiret – CE, 9 déc. 1994, n° 114650, JurisData n° 1994-049730.

³⁸⁵ Un contrôle du montant des honoraires est d'ailleurs également prévu pour les avocats, en vertu des dispositions des articles 175 et suivants du décret du 27 novembre 1991, le Bâtonnier assure, en première instance, le contentieux de l'honoraire. Il s'agit d'un contentieux important, mais qui concerne moins de 15 % des avocats inscrits.

Lire à ce sujet : Yves REPIQUET, Bâtonnier de l'Ordre des avocats de Paris, « *Ouverture des travaux* », Gazette du Palais, 13 mars 2008 n° 73, p. 3. ;

M. SEJEAN, « *Le hasard et la nécessité de modérer judiciairement les rémunérations convenues* », Recueil Dalloz 2012 p. 589 ;

J-P MAISONNAS, « *Honoraires de l'avocat : en finir avec l'injustice* », Gazette du Palais, 11 janvier 2011 n° 11, p. 10.

³⁸⁶ CE, 9 septembre 1994, req. n° 124025.

E. LAB SIMON, « *Maîtriser les réglementations au cabinet dentaire: Responsabilité civile, conventions, obligations de l'employeur* », Ed Wolters Kluwer France, 2008,273p.

Première partie : La détermination du cadre juridique

- Devant la chambre disciplinaire de première instance, par exemple en cas de manquement ;

Dans ce cas la sanction la plus forte sera appliquée sans cumuler les deux sanctions³⁸⁷.

- Dans le cadre de la procédure conventionnelle diligentée par la caisse de sécurité sociale en cas par exemple d'actes fictifs, de dépassement du tarif de convention ;

- Par les organismes de sécurité sociale infligeant une pénalité financière selon l'article 162-1-14 du Code de la Sécurité sociale en cas d'irrégularité de prescription ;

- Devant le tribunal de grande instance en cas de faute ;

- Devant les juridictions pénales en cas d'acte intentionnel comme une facturation d'acte fictifs³⁸⁸.

Le cumul des sanctions paraît donc possible dans une certaine limite³⁸⁹.

Le Conseil Constitutionnel³⁹⁰ et le Conseil d'état³⁹¹ ont rappelé que la durée des sanctions pénales et disciplinaires prononcées pour un même fait se limite à la peine la plus sévère en accord avec l'article L.145-2, alinéas 1 et 5 du Code de la Sécurité Sociale:

« Les sanctions susceptibles d'être prononcées par la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance ou par la section spéciale des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins ou des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes ne sont pas cumulables avec les peines prévues à l'article L.4124-6 du Code de la Santé Publique lorsqu'elles ont été prononcées à l'occasion des mêmes faits. Si les juridictions compétentes prononcent des sanctions différentes, la sanction la plus forte peut être seule mise à exécution »

³⁸⁷ CSS. Art. L.145-2, alinéas 1 et 5.

³⁸⁸ Au sujet du cumul d'une sanction pénale et disciplinaire :

Chambre disciplinaire nationale des chirurgiens-dentistes Audience publique du 14 mars 2013 Décision rendue publique par affichage le 27 mai 2013 Affaire : Docteur R. C. Chirurgien-dentiste Dos. n°2031. Le praticien s'était rendu complice de facturation d'actes fictifs par son remplaçant. Une action pénale a été mise en place parallèlement à l'action disciplinaire.

³⁸⁹ Chambre disciplinaire nationale des chirurgiens-dentistes, Audience publique du 22 avril 2010 Lecture du 1er juillet 2010 Affaire : Docteur P. J. Chirurgien-dentiste Dos. n° 1800.

³⁹⁰ Décision du 17 janvier 2013 (QPC n°2012-289) validant la conformité de l'article 145-2 avec la Constitution.

³⁹¹ Conseil d'État, 5ème et 4ème sous-sections réunies, 21/06/2013, 345500, Publié au recueil Lebon.

Première partie : La détermination du cadre juridique

263.- Il y a une coopération étroite entre la section des assurances sociales et les instances disciplinaires imposée par l'article L. 162-1-19 du Code de la Sécurité Sociale :
« *Les directeurs des organismes locaux d'assurance maladie et les services médicaux de ces organismes sont tenus de communiquer à l'ordre compétent les informations qu'ils ont recueillies dans le cadre de leur activité et qui sont susceptibles de constituer un manquement à la déontologie de la part d'un professionnel de santé inscrit à un ordre professionnel.*

L'ordre est tenu de faire connaître à l'organisme qui l'a saisi, dans les trois mois, les suites qu'il y a apportées ».

Les instances disciplinaires peuvent prononcer une sanction pour les mêmes faits.

« *Aucun principe général ne s'oppose à ce que les mêmes faits donnent lieu à une sanction prononcée par chacune des deux juridictions ordinales dès lors que les dites sanctions ont pour fondement la méconnaissance par l'intéressé des deux législations différentes* »³⁹².

264.- Perle-Marie Pradel analyse la double peine pénale et disciplinaire³⁹³:

« *Ces peines applicables au professionnel de santé ne semblent pourtant pas soumises aux garanties offertes par la procédure pénale à l'instar du principe de non-cumul des peines, de la présomption d'innocence, ou la règle non-bis in idem.*

La loi semble elle-même interdire le cumul de sanctions pour les mêmes faits : les sanctions susceptibles d'être prononcées par la Section des assurances sociales ne sont pas cumulables avec les peines susceptibles d'être prononcées par la chambre disciplinaire de première instance lorsqu'elles ont été prononcées à l'occasion des mêmes faits »(CSS, article L. 145-2, alinéa 5) .

Mais une condamnation pénale amnistiée ne fait pas obstacle à une condamnation pour les mêmes faits par le juge disciplinaire les estimant contraires à l'honneur et à la probité.

La section des assurances sociales semble donc par certains aspects une juridiction soulevant des exceptions³⁹⁴ et des incompréhensions, voire de la défiance par le corps

³⁹² CE, 13 Oct. 2003, N., Rec., T. 659 ; ADJA, 2004, p. 167 ; GP, 27 Avril 2004, p. 17.

³⁹³ P-M. PRADEL, « Le médecin libéral face au service public de Sécurité Sociale », Université d'Angers. UFR de droit, d'économie et de gestion, 2010, p14.

³⁹⁴ D'autres points sont soulevés quant à la légalité de ces contrôles.

Première partie : La détermination du cadre juridique

médical.

Conclusion

Le dentiste est sans cesse en relation avec l'assurance maladie obligatoire en temps qu'affilié, cotisant et membre de la chaîne de distribution des soins.

Pour chaque position, les praticiens doivent donc composer avec les avantages et inconvénients de ce système imparfait.

L'obligation d'affiliation est la contrepartie d'une couverture santé, une participation au financement des soins pour lesquels le patient est remboursé et règle donc ses soins.

Le contrôle médical est le garde-fou nécessaire à la liberté professionnelle du dentiste.

Il ne faut pas oublier les avantages de tels « conventionnements ».

Nous allons développer une situation particulière : la couverture médicale universelle qui elle aussi présente avantages et inconvénients.

La possibilité du directeur de la CPAM de sanctionner les médecins (directement en cas d'obstruction via l'article L162-1-14) ou à la 2^e récurrence pour l'art L162-1-15 ne respecterait pas la constitution selon la jurisprudence du Conseil Constitutionnel (ARCEP; décision n° 2013-331 QPC du 05/07/2013)

Un autre point névralgique est le « délit statistique »

Il s'agit de cibler au plan national et de contraindre à la baisse les plus forts prescripteurs d'indemnités journalières, de transports sanitaires, de kinésithérapie, allant à l'encontre l'encontre de la liberté de prescription.

Première partie : La détermination du cadre juridique

Chapitre 2 La CMU³⁹⁵

265.- La loi n° 99-641 du 27 juillet 1999, instituant la couverture maladie universelle, vient compléter le dispositif législatif de lutte contre les exclusions mis en place par la loi du 29 juillet 1998³⁹⁶.

Supprimant l'aide médicale départementale alors en vigueur, elle garantit à tous une prise en charge des soins par un régime de sécurité sociale qui conduit à la suppression de l'assurance personnelle, et pose le principe du droit à une couverture complémentaire gratuite pour les personnes les plus démunies.

« Le but final à atteindre est la réalisation d'un plan qui couvre l'ensemble de la population du pays contre l'ensemble des facteurs d'insécurité »³⁹⁷.

Section 1 Le principe

266.- Nous avons vu précédemment que l'adhésion à un système de complémentaire santé facilite l'accès aux soins ; l'objectif est ici d'apporter un minimum de sécurité sanitaire à tous les usagers dans un souci de justice et d'équité.

Selon une étude menée par l'IRDES, sans la CMU-C pour ce qui concerne les soins dentaires seuls 24,8 % des bénéficiaires renonceraient à se faire soigner³⁹⁸.

³⁹⁵ L'Aide Médicale d'Etat ne sera pas traitée dans nos développements en raison du faible nombre de bénéficiaires fréquentant les cabinets dentaires libéraux.

³⁹⁶ Notons que la CMU se complète de la CMUc

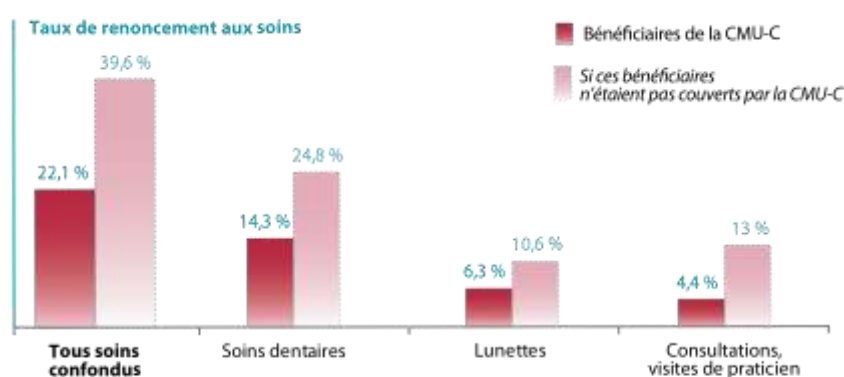
La CMU de base permet aux personnes non couvertes par un régime obligatoire d'assurance maladie d'être remboursées de leurs dépenses de santé pour la part sécurité sociale.

La CMU complémentaire est une complémentaire santé qui sert à rembourser les dépenses de santé non prises en charge par l'Assurance maladie obligatoire (part complémentaire, le reste à charge). Les conditions d'affiliation, le coût et les prestations sont différents. Nous ne différencierons pas les deux notions dans la suite de nos propos, l'objet de nos développements n'étant que peu impacté par cette distinction.

³⁹⁷ République Française. Journal Officiel du 6 octobre 1945. 6280 sq.

³⁹⁸ IRDES, « Payer peut nuire à votre santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé », Document de travail n° 47, Avril 2012.

Première partie : La détermination du cadre juridique



Source : Irdes.
Données : Enquête santé protection sociale (ESPS) 1998, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008.
Champ : 18-64 ans.

Graphique 2: Taux de renoncement aux soins en fonction de la couverture par CMU³⁹⁹

267.- Avec l'instauration de la CMUC, les travaux de Raynaud ont démontrés que la consommation de soin des bénéficiaires s'est alignée sur celle des assurés sociaux qui disposent d'une complémentaire pour les soins médicaux.

Depuis 2013, les recettes du Fonds CMU viennent majoritairement de la taxe CMU (taxe de solidarité additionnelle) à laquelle sont soumis les organismes d'assurances complémentaires intervenant dans le domaine des soins de santé.

Cette contribution est égale à 6,27 % des primes ou cotisations des complémentaires santé⁴⁰⁰.

Afin de rembourser leur participation à la CMU, les mutuelles ont augmenté leur cotisation, le financement est assuré en partie par solidarité.

Section 2 Les limites

268.- L'effet seuil est souvent reproché à ce mécanisme de protection.

Par ailleurs, en cas de fin de droits en cours de soins, le patient subit une partie des frais sans l'avoir toujours prévu.

³⁹⁹ C. DESPRÉS, P. DOURGNON, R. FANTIN, F. JUSOT, « *Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique* », Questions d'économie de la santé, n° 170, novembre 2011.

⁴⁰⁰ [<http://www.cmu.fr/budget-fonds-cmu.php>], page consultée le 20 Août 2015.

Première partie : La détermination du cadre juridique

§1 L'accès conditionné à un seuil de revenu

269.- Afin de cibler au mieux les patients les plus démunis, certains paramètres entrent en compte dans les critères d'accès afin de préciser la disproportion entre le train de vie du demandeur et ses revenus⁴⁰¹.

Cette disproportion doit être égale ou supérieure à deux fois le montant du plafond de la CMU complémentaire santé⁴⁰².

Sont désormais pris en compte dans le calcul des ressources de la CMU-C :

- les propriétés bâties et non bâties détenues à l'étranger;
- les avantages en nature (autres que le logement);
- les libéralités servies par les tiers (article R. 861-6 du CSS).

À cet égard, il existe un barème d'évaluation pour les biens immobiliers et pour les autres éléments du train de vie⁴⁰³.

Le décret du 28 janvier 2008 relatif aux modalités d'évaluation des biens et des éléments de train de vie pour le bénéfice de certaines prestations sociales sous condition de ressources institue ainsi une véritable procédure qui a pour but de mettre fin à des situations dérogatoires, mais source d'interrogations : des personnes peuvent bénéficier de minima sociaux alors que leur situation ne le justifie pas.

L'attribution de la CMU repose ainsi sur des critères voulus les plus justes possibles.

270.- Certains acteurs sociaux critiquent l'effet seuil des conditions d'attribution de cet avantage social.

Le Président de la Mutualité Française, Etienne Caniard va dans ce sens.

« La loi Cmu est une réussite incontestable en matière d'accès aux soins. C'est un échec relatif pour la respiration du bien de l'accompagné et un échec relatif quant aux effets de seuil. Si l'on avait accepté une petite part de contribution, on aurait pu jouer sur son montant, pour prévoir une sortie en biseau du dispositif, au lieu d'avoir un seuil

⁴⁰¹ Florence MILLET, « La CMU-C : quelles évolutions récentes? » ,Gazette du Palais, 9 Oct. 2008 n° 283, p. 65.

⁴⁰² CSS Art. R. 861-15-1.

⁴⁰³ Respectivement CSS Art R. 861-15-6 et R. 861-15-8

Première partie : La détermination du cadre juridique

couperet »⁴⁰⁴.

§2 Le plafonnement des honoraires et le panier de soin.

271.- Le dispositif de la CMU, même si il facilite l'accès aux soins, souffre cependant d'une limite propre au secteur dentaire.

Le plafonnement des soins prothétiques fait que la rentabilité et les marges sont largement diminuées. (Annexe 3)

272.- Par ailleurs le panier de soin ne permet pas dans certains cas de travailler selon les données acquises de la science, ce qui est pourtant une obligation indiscutable⁴⁰⁵.

273.- Deux exemples sont surprenants :

- les couronnes provisoires, éléments indispensables au bon déroulement de toutes les étapes avant la pose du dispositif définitif⁴⁰⁶.

- les traitements parodontaux qui permettent d'éviter ou de stabiliser un déchaussement dentaire⁴⁰⁷.

Cette absence de prise en charge ne délivre pas le praticien de son obligation d'information sur la nécessité des soins.

Le patient peut les accepter et adhérer au montant des honoraires en signant un devis « classique » en supplément du devis comprenant les actes compris dans le panier de soin.

Si il refuse, le praticien devrait normalement ne pas réaliser le plan de traitement si ce dernier ne peut être réalisé de façon correcte...ou les réaliser à titre gratuit.

⁴⁰⁴ Etienne CANIARD est aussi ancien membre de la HAS et auteur du rapport sur la place des usagers dans le système de santé.

« Une loi négociée, la Cmu » *Le point de vue des acteurs* », Projet, 2001/4 n° 268, p. 55-64.

⁴⁰⁵ Marc SABEK, « CMU et responsabilité », *L'information Dentaire* n°24, 14 Juin 2006, p. 1437-1440.

⁴⁰⁶ En cotation NGAP, nous pouvions imaginer que la provisoire faisait partie d'un acte global comme la pose de la digue avant un traitement de racine. De ce fait, les honoraires d'une couronne incluaient implicitement cet acte qu'il fallait réaliser en totalité.

Ce doute n'est plus permis depuis la mise en place de la CCAM qui en fait bien un acte distinct.

⁴⁰⁷ Il est à noter que l'assurance maladie obligatoire ne rembourse pas les assurés sociaux non plus, seules les mutuelles peuvent couvrir l'utilisateur.

Première partie : La détermination du cadre juridique

274.- Le panier de soin n'est ainsi pas logique si l'on considère l'exigence de qualité devant être appliqué à tous les patients⁴⁰⁸.

Des priorités ont dues être définies pour allouer le plus justement les ressources.

Si la profession peut l'entendre, elle ne saurait se voir reprocher une faute en travaillant en fonction des honoraires pris en charge.

Il s'agit d'arbitrage de la part de l'Etat.

Basculer la responsabilité de ces choix vers les praticiens apparaît comme un refus d'assumer une politique en fonction des coûts, un aveu pourtant nécessaire afin de faire cesser l'hypocrisie de l'accès aux soins totalement égalitaire.

§4 L'interruption de prise en charge en cours de traitement

275.- Nous avons vu que le devis joue un rôle important dans la preuve de la délivrance d'information et donc pour l'obtention du consentement.

En cas de CMU, nombreux sont les praticiens qui ne réalisent pas de devis préalable, pensant qu'il sert uniquement en cas de reste à charge.

Même si dans le cas de la CMU les soins n'impliquent pas de participation financière du patient, le devis reste ainsi un outil efficace pour se prémunir d'une éventuelle responsabilité liée à un défaut d'information.

Il permet également de prévoir la rupture de la prise en charge totale de l'assurance maladie.

En cas de rupture de prise en charge, la réponse de la jurisprudence n'est pas forcément claire pour le praticien⁴⁰⁹.

⁴⁰⁸ A-S GINON, « *La déconnexion juridique des paniers de soins. Étude des liens entre assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire* », RDSS 2014 p. 831.

Il s'agit d'ailleurs de la même incohérence concernant les médicaments.

L'homéopathie dont les vertus sont pour le moins contestées, à tort ou à raison, par le corps médical, bénéficient toujours d'une prise en charge.

Il en est de même pour les cures thermales, rendant pourtant un service médical aussi important qu'une couronne provisoire à une échelle différente...

⁴⁰⁹ Cour de cassation 2e chambre civile, 23 septembre 2004, n°01- 12738.

Première partie : La détermination du cadre juridique

Le Conseil de l'ordre propose dans son devis type une formule spécifique engageant le patient à avertir son praticien en cas de perte de couverture universelle, et l'engageant, en cas de poursuite des soins, à honorer le praticien du montant des actes réalisés après sortie du dispositif.

Cela suppose bien sûr une nouvelle information sur le montant des honoraires et des remboursements.

Une des limites la plus importante et plus médiatisée est la discrimination des bénéficiaire qui mérite un éclaircissement.

Section 3 La discrimination des bénéficiaires

276.- C'est le principe d'égalité qui est à la base de la Couverture médicale universelle. L'article R 4127-211 du titre premier du Code de déontologie des chirurgiens-dentistes est consacré à ce point⁴¹⁰.

« Le chirurgien-dentiste doit soigner avec la même conscience tous ses patients, quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminées, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard ».

§1 Les chiffres du refus de soin

277.- Les chiffres du refus de soin viennent cependant remettre en cause l'existence d'une morale professionnelle chez tous les praticiens.

Des études quantifient ce point⁴¹¹.

L'une d'entre elle réalisée en 2006 à la demande du fonds CMU⁴¹² confirme que 39,1 %

⁴¹⁰ J-P. VASSAL, « Code de déontologie des chirurgiens-dentistes commenté ». SNPMD, Paris, 2003.

⁴¹¹ Rapport de Médecins du Monde, « Je ne m'occupe pas de ces patients. », Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle ou de l'Aide Médicale Etat dans 10 villes de France, Oct. 2006.

⁴¹² Etude de mai 2006: « Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle complémentaire - Une étude par testing dans 6 villes du Val- de-Marne ».

Première partie : La détermination du cadre juridique

des dentistes interrogés refusent de soigner les bénéficiaires.

A la place d'un refus systématique d'autres techniques sont rencontrées pour limiter le volume de patients CMU : obligations vis à vis des horaires de rendez-vous (ni le soir, ni le samedi matin), quotas mensuels invoqués...

Le dispositif fait donc l'objet de nombreux barrages de la part de la profession⁴¹³.

Pourquoi une telle discrimination ? L'analyse de C. Desprès approfondi les raisons de ces réticences⁴¹⁴.

278.- La raison la plus évidente est l'impossibilité de réaliser des dépassements sur les soins prothétiques, les tarifs conventionnels étant jugés trop bas comme nous l'avons étudié précédemment.

Selon l'article L. 861-3 du Code de la sécurité sociale « *Les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 ont droit, sans contrepartie contributive, à la prise en charge, sous réserve de la réduction, de la suppression ou de la dispense de participation prévues par le présent code ou stipulées par les garanties collectives obligatoires professionnelles :*

(...) Des frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale et pour les dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, dans des limites fixées par arrêté interministériel ».

Le plafonnement des honoraires est ainsi la principale raison de stigmatisation de cette patientèle⁴¹⁵.

⁴¹³ Conseil d'Etat 30 Déc. 2002, Confédération nationale des syndicats dentaires, n°238032;30mars2001, Fédération des syndicats dentaires libéraux et autres, n°218066;16juin2004 Syndicat des spécialistes français en ODF,n°248087).

Ces recours se sont soldés par un échec de façon systématique.

⁴¹⁴ C. DESPRÈS, « *La Couverture maladie universelle, une légitimité contestée : analyse des attitudes de médecins et dentistes à l'égard de ses bénéficiaires* », Pratiques et Organisation des Soins, 2010/1 Vol. 41, p. 33-43.

⁴¹⁵ Lors de la mise en place de la CMU, Les syndicats s'étaient opposés au plafonnement des honoraires invoquant l'ancien article 3-1 du code de déontologie interdisant aux chirurgiens-dentistes d'exercer leur profession dans des conditions susceptibles de compromettre la qualité des soins. Le conseil d'Etat n'a pas validé cette interprétation de l'arrêté du 31 décembre 1999 pris en application des articles L. 861-3 et L. 162-9 du Code de la sécurité sociale.

Première partie : La détermination du cadre juridique

279.- Le devis conventionnel impose comme nous l'avons vu de montrer au patient la « marge » réalisée sur les prothèses.

Puisque le devis est largement conseillé même pour les bénéficiaires de la CMU, il est « amusant » de constater que, considérant les tarifs plafonnés, la marge devient nulle, parfois négative.

La transparence a le mérite de montrer que les praticiens travaillent gratuitement, et apportent donc leur pierre à l'édifice de la solidarité en termes de santé publique. L'image systématique des « rentiers » de la prothèse s'érode...

280.- Les autres motifs avancés sont les suivants :

- non solvabilité du patient ;
- difficulté d'obtenir le remboursement des honoraires par l'Assurance maladie⁴¹⁶
- difficultés d'ordre comptable⁴¹⁷
- refus de soigner un patient dont l'apparence physique ne signe pas une situation de précarité alors qu'il est bénéficiaire de la CMU (*Smartphones, Tenue vestimentaire*)⁴¹⁸.

La profession attribue par ailleurs à cette population des comportements types et fonctionne avec les clichés de la pauvreté, indésirable dans la salle d'attente.

Lors d'une étude dans les centres d'accueil de la CPAM du Val-de-Marne observant les pratiques d'accueil des bénéficiaires de la CMU versus autres usagers, la phrase « tout leur est dû » était alors prononcée par une large majorité de ces agents⁴¹⁹.

(Conseil d'Etat 1ère et 2ème sous-sections réunies 30-03-2001 N° 218066, 218077)

⁴¹⁶ Afin de palier le délai parfois très long de remboursement par les caisses, un praticien a transmis en avance les actes, se faisant ainsi rembourser par la CPAM des soins non encore réalisés pour un bénéficiaire de la CMU.

Malgré le devis établi et les rendez-vous fixés pour la réalisation des soins le praticien s'est fait sanctionner d'un blâme par la chambre disciplinaire nationale des chirurgiens-dentistes dans une décision du 06 septembre 2007(n°1620).

⁴¹⁷ Rapport d'enquête effectué dans le cadre d'un stage au sein de la Coordination mission France de médecin du monde, « *Constat : les difficultés de l'accès aux soins dentaires pour les bénéficiaires des CMU et AME dans 11 villes de France* ».

⁴¹⁸ Notons que les contrôles des bénéficiaires de la CMU vont être accentués à compter de 2015 avec un examen des mouvements sur les comptes afin de s'assurer que les ressources sont bien inférieures au plafond déclaré.

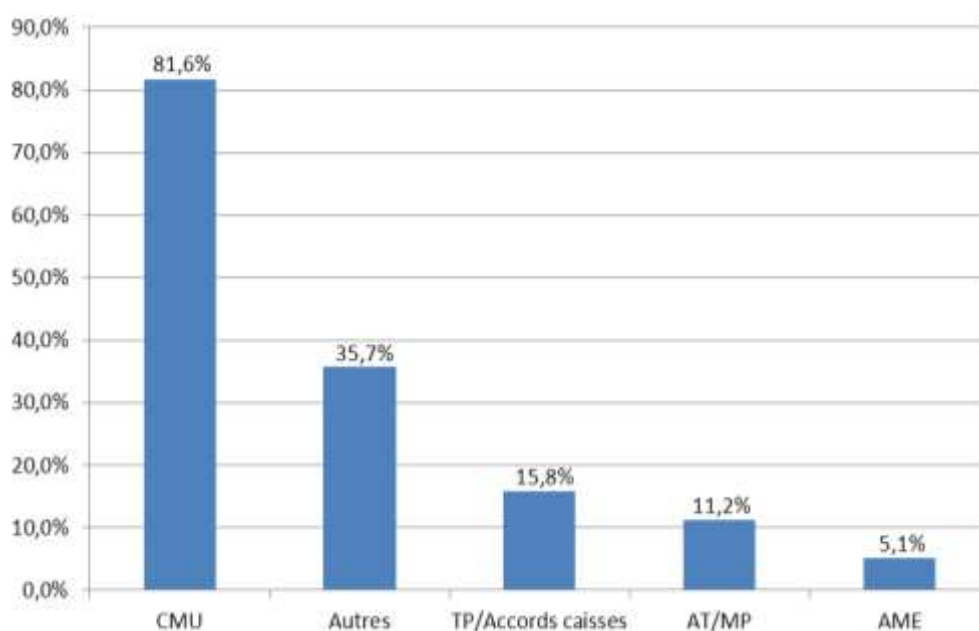
⁴¹⁹ C. DESPRES, « *L'universalisation de la couverture sociale à l'épreuve de la relation de*

Première partie : La détermination du cadre juridique

Des retards et non respect des horaires, des rendez-vous manqués sont d'autant plus remarqués que les praticiens semblent mettre en doute la légitimité de l'attribution de cette aide sociale et invoquent une déresponsabilisation liée à la gratuité des soins.

Il est vrai que l'étude menée par URPS de Franche Comté montre que cette population pose le plus de difficultés en termes de continuité des soins⁴²⁰.

Graphique 2 : Type de tiers payant parmi les patients n'honorant par leur rendez-vous.



« Ce qui est choquant, c'est cette gratuité sans contrainte »⁴²¹ décrit un praticien au sujet des bénéficiaires.

Caroline Desprès parle de « crise de légitimité des ayants droits »⁴²².

Lors de la discussion du projet de loi l'idée d'une participation symbolique des patients avait d'ailleurs été évoquée pour « sauvegarder la dignité » des personnes⁴²³.

guichet. »

Séminaire Promotion des usagers et modernisation des pratiques professionnelles en santé. Normalisations, dynamiques d'échanges et logiques professionnelles Paris : DIES Fondation de l'avenir ; mai 2005, p. 39.

⁴²⁰ A. DUBURCQ, I. BUREAU, L. COUROUVE, « Enquête auprès des médecins libéraux de Franche-Comté sur les rendez-vous non honorés par les patients », URPS-ML-Franche-Comté, CEMKA-EVAL, Avril 2013, p. 9 et 12.

⁴²¹ *Idem* p. 40.

⁴²² *Idem* p. 41.

⁴²³ N. LASNE, I. YENI, « Une loi négociée, la Cmu » Le point de vue des acteurs, Projet,

Première partie : La détermination du cadre juridique

Des critiques acérées contre « l'assistantat » ont émaillé les débats autour du projet de loi et des remaniements postérieurs au vote.

« Le social apparaît comme un mélange d'assurance et de protection qui va devenir un obstacle à l'efficacité économique, une incitation à la croissance incontrôlée de l'Etat, un principe d'oppression de l'individu par excès de protection »⁴²⁴.

§2 Les solutions apportées au refus de soin

281.- Des contreparties financières ont eu pour objectif de lutter contre ces pratiques en motivant les praticiens⁴²⁵.

La revalorisation d'environ 30 % en 2006 des tarifs des soins prothétiques inclus dans le panier offert aux bénéficiaires de la CMUC n'a semble-t-il pas eu d'effet sur leur accès aux soins puisqu'elle s'est traduite par un surcoût pour les finances sociales sans augmentation significative du volume des actes.

282.- Au lieu d'une « relative » incitation financière, les sanctions se sont mises en place pour les praticiens discriminants.

Une déclaration d'un refus de soin peut se faire à la CPAM, au Conseil de l'ordre ou à la HALDE.

Sur initiative du rapport Chadelat⁴²⁶, les associations peuvent dénoncer les faits.

En pratique cependant, la démarche reste complexe et peu d'informations sont disponibles et diffusées.

283.- La profession aimerait de son côté encourager la compliance de ces patients en les responsabilisant.

Les propositions pour éviter les rendez-vous manqués formulées par les médecins sont les suivantes :

2001/4 n° 268, p. 55-64.

⁴²⁴ C. BEC, G. PROCACCI, « *De la responsabilité solidaire : mutation dans les politiques sociales d'aujourd'hui* ». Paris : Syllepse ; 2003.p. 14.

⁴²⁵ Arrêté du 30 Mai 2006 relatif aux soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale pris en charge par la protection complémentaire en matière de santé.

⁴²⁶ J-F. CHADELAT, « *Rapport pour Monsieur le Ministre de la Santé et des Solidarités : Le refus de soins aux bénéficiaires de la CMU* », 30 Nov. 2006.

Première partie : La détermination du cadre juridique

Tableau 14: Proposition des médecins pour éviter les rendez-vous manqués⁴²⁷.

	Médecins libéraux N = 327	
	N	%
Médecins ayant fait au moins une proposition pour améliorer la situation	97	29,7%
Pour les médecins ayant fait une proposition :		
Sanctions financières	49	50,5%
Exclusion de la patientèle	30	30,9%
Problème qui vient des CMU	10	10,3%
Non concernés par les rendez-vous non honorés	9	9,3%
Fichier informatique centralisé accessible aux professionnels	6	6,2%
Faire des rappels* ou faire confirmer le rendez-vous	5	5,2%
Délai de rendez-vous moins long	4	4,1%
Ne plus accepter les nouveaux patients	4	4,1%
Informers les patients sur le problème (spots CPAM, affiche dans les salles d'attente,...)	4	4,1%
Informers les confrères	2	2,1%
Allonger les délais de rendez-vous pour ces patients	2	2,1%
Paieement lors de la prise de rendez-vous	1	1,0%
Installer des plages de consultations libres	1	1,0%

10,3% pensent que le problème vient des CMU et l'on peut supposer que ces praticiens jugent la gratuité sans contrainte problématique⁴²⁸.

En clarifiant la « politique » du cabinet, il semble que les deux parties seraient gagnantes.

Une possibilité serait de mentionner qu'au-delà d'un nombre donné de rendez-vous manqué le cabinet ne sera plus à même de recevoir ces patients en raison du non-respect de leurs obligations vis à vis de la relation de soin.

Un courrier rappelant le dernier rendez-vous potentiel peut être fait afin de mentionner par écrit l'avertissement émis.

§3 CMU et manœuvres frauduleuses

284.- Il est toujours possible de réaliser une marge sur une couronne en céramique dont les honoraires sont plafonnés à 375 Euros⁴²⁹.

⁴²⁷ A. DUBURCQ, I. BUREAU, L. COUROUVE, « Enquête auprès des médecins libéraux de Franche-Comté sur les rendez-vous non honorés par les patients », URPS-ML-Franche-Comté, CEMKA-EVAL, Avril 2013, p. 22.

⁴²⁸ Idem p. 13.

⁴²⁹ Prises en charge des prothèses dentaires et traitements orthodontiques par la CMU-C

Première partie : La détermination du cadre juridique

Il faut bien sûr réduire les coûts, et en particulier les frais de prothésistes et de matériaux.

Les prothèses peuvent donc être commandées à un laboratoire à l'étranger vendant la couronne à 40 euros contre 130 euros en France.

Certains laboratoires français proposent même des tarifs « spécial CMU »...Une forme de discrimination dans les tarifs des prothésistes !

De plus les matériaux d'empreintes sont les moins chers, le temps consacré aux soins, aux traitements de racine est raccourci.

La qualité des soins ne peut être la même dans ces conditions⁴³⁰.

Le chirurgien-dentiste afin de conserver un minimum de marge peut avoir recours à deux procédés distincts au sein même du cabinet.

Une filière à bas coût avec un prothésiste à l'étranger avec des séquences de soin accélérées et une filière pour les patients à honoraires libres.

Si les procédés sont plus ou moins extrêmes pour conserver un minimum de marge, le praticien ne peut se permettre de travailler à perte pour des soins, qui, comme nous l'avons vu, sont supposés compenser la faiblesse de rémunération des soins conservateurs.

Le pourcentage de bénéficiaires de la CMU au sein d'une patientèle peut rendre le recours à ces filières à moindre coût incontournable.

et le contrat de sortie CMU-C :

Arrêté du 30 Mai 2006 modifié par l'arrêté du 28 mai 2014, Mis à jour le 2 Juin 2014.

Rappelons que la moyenne des honoraires est environ de 520 euros pour ce même type d'acte.

⁴³⁰ Le Conseil d'Etat a pourtant rejeté le recours en annulation du décret imposant plafonnement très bas des honoraires à la demande des syndicats qui ont justement mis en évidence les difficultés pour soigner avec la même qualité. Conseil d'Etat 1ère et 2ème sous-sections réunies 30-03-2001 N° 218066, 218077.

Le juge de l'excès de pouvoir a ainsi vérifié que les auteurs de l'arrêté ont, en fixant les montants maxima pris en charge en sus du tarif de responsabilité, commis, eu égard aux prix pratiqués sur l'ensemble du territoire pour les soins considérés, une erreur manifeste d'appréciation ou placé les praticiens dans une situation les conduisant à méconnaître les dispositions de l'Article R 4127-204 du Code de la Santé Publique :

« Le chirurgien-dentiste ne doit en aucun cas exercer sa profession dans des conditions susceptibles de compromettre la qualité des soins et des actes dispensés ainsi que la sécurité des patients ».

Première partie : La détermination du cadre juridique

285.- Certains praticiens recherchent même cette patientèle plus démunie et organisent une réelle fraude.

En effet lors du tiers payant, le patient ne sait pas réellement la nature des soins télétransmis et les décomptes qu'il reçoit sont rarement lus et compris puisque le libellé « vulgarisé » des actes n'apparaît pas.

Le praticien peut donc coter des soins réalisés par un prédécesseur, une couronne, une obturation, il peut déclarer la pose d'une prothèse à l'assurance maladie et donc obtenir un règlement sans que le patient n'en soit alerté au moment de régler les soins⁴³¹.

Citons le cas d'un praticien ayant coté des actes fantômes entre 2010 et 2011, le montant du préjudice s'élevant entre 150 000 € et 200 000 €⁴³².

« *La pratique était devenue habituelle et les manœuvres frauduleuses manifestes* » selon le procureur de la République de Lisieux, Bruno Dieudonné.

Section 4 L'amélioration du dispositif

286.- L'accent est aujourd'hui mis sur la nécessaire participation des praticiens aux politiques sociales afin de garantir un accès aux soins pour tous.

Ainsi des chartes de bonnes pratiques ont été mises en place afin de rappeler à chacun ses droits et ses devoirs, tant du côté des praticiens que des usagers du système de santé.

La mission de service publique inhérente à la profession mériterait d'être réaffirmée et peut être mise en avant dès les études de chirurgie dentaire car les praticiens oublient trop souvent que la rentabilité n'est qu'un objectif secondaire, le premier étant la santé publique.

Les praticiens doivent donc recevoir l'ensemble des patients afin de répondre non seulement aux exigences du Code de la santé publique mais également à une morale professionnelle.

L'obligation d'information par le praticien des droits sociaux potentiels n'est pas actée mais des pistes de réflexion se mettent en place⁴³³.

⁴³¹ Notons que ce système de fraude pourrait être encore plus tentant avec le tiers payant généralisé.

⁴³² [<http://www.ouest-france.fr/le-dentiste-facture-pour-150-000-eu-dactes-fictifs-1425217>], page consultée le 29 juin 2015.

⁴³³ J. GUEGUEN « Couverture Maladie Universelle complémentaire : enjeux éthiques du

Première partie : La détermination du cadre juridique

Toutefois, peut-on exiger des praticiens qu'ils soignent selon « les données acquises de la science » en pratiquant des actes gratuitement ou à perte?

Le praticien n'est pas seulement un soignant mais également un chef d'entreprise.

Il est illusoire d'exiger d'un praticien une qualité de traitement sans contrepartie financière cohérente.

Les patients sont-ils avisés de cet écueil potentiel au niveau de la qualité des soins ?

Le passage au devis conventionnel a permis de mettre en évidence le taux de charge pour un geste donné, objectivant le travail à perte au sein d'un cabinet dentaire « moyen ».

La réponse serait bien sûr de rémunérer à leur juste valeur ces actes, d'inclure dans le panier de soin les actes de prévention et de conservation...

Au vu du déficit de la sécurité sociale, cette évolution semble peu envisageable.

La gratuité sans contrainte est une hérésie à l'heure où il est reconnu qu'une responsabilisation du patient est incontournable.

Insérer un reste à charge, même minime, améliorer la prise en charge des actes « hors paniers de soin » en fonction des visites de contrôle du patient nous semblent être des solutions envisageables.

Chapitre 3 L'assurance maladie complémentaire

287.- L'objet de ce volet de protection sociale est comme son nom l'indique d'apporter un complément de couverture aux prestations de la sécurité sociale.

Existant depuis 1945, la création du ticket modérateur a assis leur fonction et le marché des couvertures complémentaires a pu se mettre en place.

Parallèlement le désengagement de l'Etat sur la prise en charge des soins, en a fait un acteur incontournable de la prise en charge des soins⁴³⁴.

non recours et des refus de soins », Mémoire dans le cadre du Master 2 en éthique Médicale, Université Paris Descartes, 2009.

⁴³⁴ Lire à ce sujet le Rapport annuel de la Cour des comptes, La Sécurité sociale, sept. 2013, Chap. XIV, spéc. p. 407, qui fait état de « *la quasi-disparition de l'assurance maladie obligatoire du champ de la prise en charge de l'optique correctrice et de l'audioprothèse, qui signe un grave échec au regard des principes mêmes qui la fondent, a conduit les*

Première partie : La détermination du cadre juridique

Section 1 Les caractéristiques de l'AMC

288.- En France, le choix de l'organisme d'assurance maladie n'est possible que pour la couverture complémentaire, qui peut être l'objet de contrats individuels, librement souscrits, ou de contrats de groupe couvrant l'ensemble des salariés d'une entreprise, celle-ci assumant en général à une part significative de la cotisation.

§1 La place dans le système de remboursement

289.- La réforme de l'assurance maladie en 2004 a débouché sur la création de l'Unocam (union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie) et l'Unps (union nationale des professionnels de santé).

Le régime obligatoire et les différentes caisses, le régime complémentaire et les professionnels de santé libéraux ont ainsi affiché la volonté de mettre en place des négociations conventionnelles tripartites.

L'Unocam⁴³⁵ rend un avis sur les projets de loi relatifs à l'assurance maladie et de financement de la sécurité sociale, ainsi que sur certaines propositions de décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam).

290.- En 2009, sa place s'est affirmée.

La loi de financement de la sécurité sociale⁴³⁶ l'impose comme acteur obligatoire dans les négociations conventionnelles, notamment dans les secteurs dentaires et optiques.

Les assurances maladies complémentaires peuvent reporter de six mois l'application d'un accord conventionnel si elles ne le signent pas.

Qui plus est, les conventions concernant des professions pour lesquelles la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie est minoritaire, ne sont valides que si elles sont également conclues par l'Unocam comme nous le verrons dans la partie consacrée aux réseaux de soins.

organismes d'AMC à se comporter en acteurs de substitution, conduisant à certaines dérives dans les contrats » ; Lire également le Rapport annuel du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM), Juill. 2013.

⁴³⁵ CSS Art. L. 182-3.

⁴³⁶ Loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008, article 36 ; dispositions insérées à l'article L. 162-14-3 du code de la sécurité sociale.

Première partie : La détermination du cadre juridique

En 2012 trois premiers accords conventionnels ont été signés : l'avenant n° 2 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes, signé le 9 mai 2012, la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine, signée le 16 mai 2012, et l'avenant n° 8 à la convention nationale des médecins libéraux, signé le 25 octobre 2012.

Le poids de tels organismes s'est donc vu largement revalorisé, en faisant un acteur à part entière dans la gestion de l'offre de soin et de sa prise en charge.

§2 Le marché de l'assurance maladie complémentaire

291.- Les acteurs sont nombreux et diversifiés sur ce marché⁴³⁷

Tableau 15 : Nombre d'organismes complémentaires et parts de marché en 2010.

Source : Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, 2011

2010 (2007)	Nombre	%	CA (en millions d'euros)	Parts de marché
Mutuelles	587 (811)	82 % (86 %)	17 665 (15 952)	56,3 % (58,3 %)
Sociétés d'assurance	92 (93)	13 % (10 %)	8 469 (6 736)	27,0 % (24,6 %)
Institutions de prévoyance	34 (38)	5 % (4 %)	5 257 (4 695)	16,7 % (17,1 %)
Total	713 (942)	100 %	31 391 (27 383)	100 %

Les mutuelles et organismes mutualistes ont un objet non commercial et relèvent du Code de la mutualité⁴³⁸.

Les institutions de prévoyance, sont régies par le Code de la sécurité sociale.⁴³⁹

Les sociétés d'assurance (SA) relèvent du code des assurances et ont un but lucratif. Elles se divisent en deux classes.

Les compagnies d'assurances par actions ont un objectif de bénéfice⁴⁴⁰.

⁴³⁷ Lire à ce sujet :

Sénat, A. LAMBERT, Rapport d'information sur la situation et les perspectives du secteur des assurances en France, chapitre III : description des acteurs, 1998.

⁴³⁸ Code des assurances, Art. 322-26-1.

Lire à ce sujet J. BONNARD, « Droit des assurances », 3^{ème} édition, Litec, 2009, n° 106.

⁴³⁹ CSS Livre IX.

Première partie : La détermination du cadre juridique

Les membres des structures de gouvernance sont élus par l'assemblée générale des actionnaires.

Les mutuelles santé se distinguent d'une compagnie d'assurance par actions sur plusieurs points :

Le but est non lucratif : l'excédent est réparti au sein des mutuelles entre les membres ou mis en réserves.

Le fonctionnement interne est égalitaire non lié à l'apport de capital : chaque adhérent possède une voix ; dans les délibérations les fonds propres varient selon les cotisations.

Les cotisations ne dépendent pas du risque individuel de l'adhérent : il n'existe pas de sélection selon l'état de santé de l'adhérent (le questionnaire médical est interdit). Cependant, la maîtrise du risque est parfois partiellement induite par la catégorisation pour les mutuelles (mutuelles d'enseignants, de cadres, d'étudiants, etc.).

D'autres acteurs, pourvoyeurs de contrat santé font leur entrée sur le marché.

Ce sont majoritairement des intervenants ayant un lien avec le secteur de la consommation (entreprise de télécommunication, banques) ajoutant à la notion de couverture la notion de service au client.

292.- Le marché est quasiment saturé avec 93% des français couverts⁴⁴¹.

⁴⁴⁰ Code du Commerce, Art 225-1 et suivants.

⁴⁴¹ Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, « Rapport : La généralisation de la couverture complémentaire en santé », 18 Juill. 2013, p. 39.

Première partie : La détermination du cadre juridique

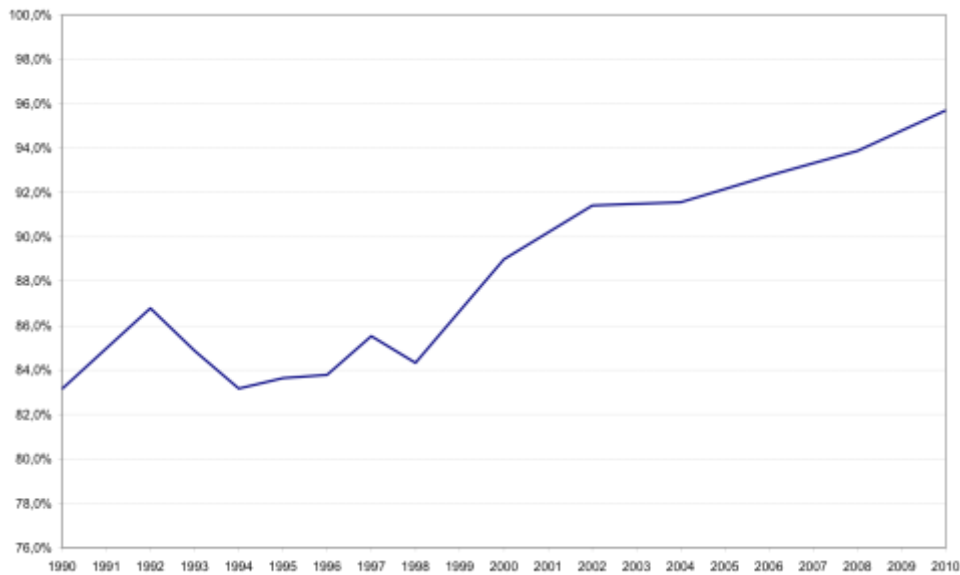


Figure 1 : Part de la population couverte par une assurance maladie complémentaire, Source: IRDES

Ceci implique une concurrence forte entre les acteurs et la nécessité de trouver des arguments pour fidéliser ou rendre mobile les assurés d'une compagnie concurrente.

293.- Les contrats sont souvent réputés comme peu comparables étant donné la quasi absence de standardisation.

En effet les garanties ne se présentent pas seulement en fonction du taux de prise en charge de la sécurité sociale mais également en fonction de forfaits annuels, de la position de la future prothèse sur l'arcade dentaire etc....

La lecture est donc difficile pour l'utilisateur et la comparaison de deux contrats d'autant plus complexe.

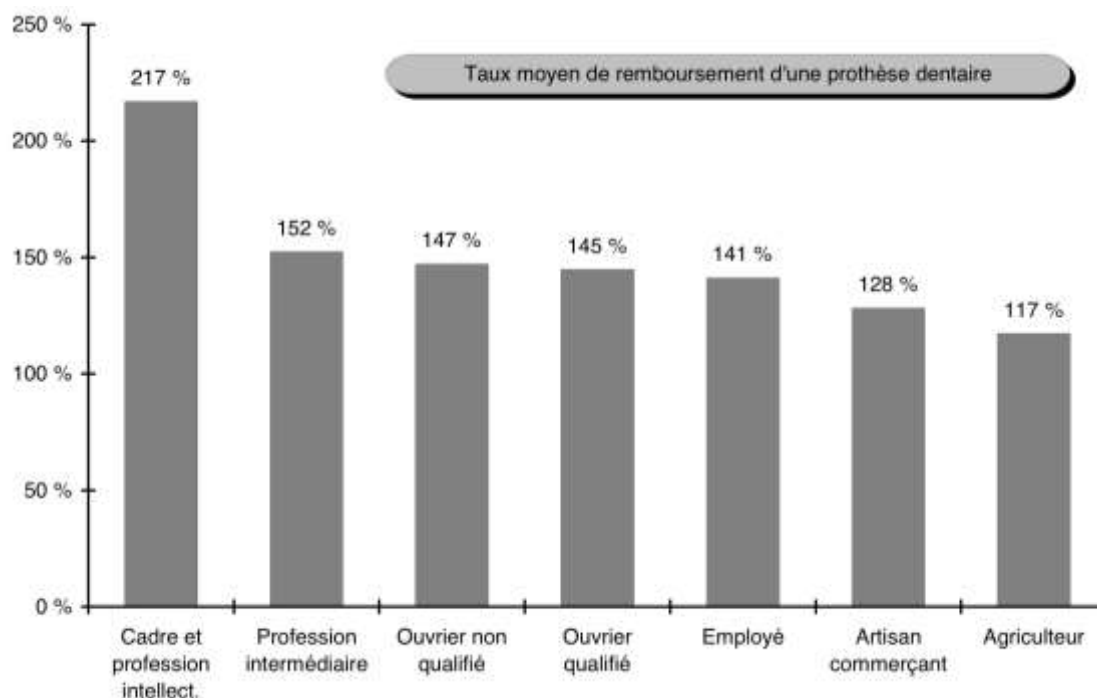
294.- Trois types de couverture sont décrits⁴⁴².

- les produits hauts de gamme qui seront surtout le fait des contrats collectifs avec participation de l'employeur,
- les produits sur mesure, co-construits en fonction des besoins du consommateur et évolutifs dans le temps, que l'on trouvera dans un cadre soit collectif soit individuel,
- les produits *low cost* qui pourront être individualisés, surtout distribués via internet.

⁴⁴² D.CRIE, « *Le marketing des complémentaires santé* », Les Tribunes de la santé, 2011/2 n°31, p. 73-83.

Première partie : La détermination du cadre juridique

295.- Il semble que les contrats offrant un niveau de couverture élevé pour les soins dentaires soient majoritairement souscrits par les patients les plus aisés.



Graphique 3: Taux moyen de remboursement d'une prothèse dentaire⁴⁴³.

A/ Des techniques marketing actives

296.- Dans un marché très concurrentiel et saturé, les services accessoires au contrat sont considérés comme des facteurs clefs d'acquisition et de fidélisation.

Les offres, au-delà des garanties fondamentales, proposent une prise en charge de toute une série de prestations dont certaines sont parfois « plus marketing », ce qui permet au prix de devenir un élément moins décisif du choix.

297.- La publicité est en effet un pôle de dépense important pour ces organismes (estimées à 190 millions d'euros en 2013) même si leur effet direct demeure en réalité limité (0,5 % des cotisations)⁴⁴⁴.

⁴⁴³ A. BOCOGLANO, A. COUFFINHAL, S. DUMESNIL, M. GRIGNON, « La complémentaire maladie en France : qui bénéficie de quels remboursements? », Biblio n° 1317, CREDES 2000, 150 p.

⁴⁴⁴ M. ESCOT, « La publicité des complémentaires santé », Les Tribunes de la santé, 2014/4 (n° 45), p. 63-68.

Calcul de l'auteur à partir du chiffre d'affaire hors taxe communiqué dans le rapport

Première partie : La détermination du cadre juridique

298.- Cependant la surenchère marketing conduit à des slogans trompeurs.

C'est le cas de la campagne de publicité MMA par exemple.

La compagnie propose par exemple une assistance juridique en cas de litige, un forfait automédication courante pour des « rhume, rhume des foins, sevrage tabagique, trousse du voyageur, tests de grossesse et d'ovulation ».

Il est plus surprenant de trouver la garantie des prothèses dentaires pendant 10 ans en cas de casse, pour les assurés de l'Assurance Santé MMA selon l'option de couverture choisie.

Allianz propose le même type de garantie sur les prothèses dentaire.

Les conditions générales sont disponibles sur le site internet de la compagnie d'assurance⁴⁴⁵.

« Nous garantissons pendant une période de 10 ans les prothèses dentaires fixes réalisées pendant la période de validité de votre garantie :

- dans le réseau des chirurgiens-dentistes partenaires de Santéclair pour tous les travaux prothétiques ayant fait l'objet d'une dispense d'avance de frais*
- sous réserve d'un accord préalable de Santéclair avant la réalisation des travaux dans les autres cas.*

La garantie prévoit le remboursement de la prothèse lors de son remplacement à l'identique en cas de dommages, dans la limite des frais réels initialement engagés, après déduction du remboursement par le régime obligatoire. »

Il est à noter que le patient doit obligatoirement avoir soumis à sa compagnie le devis initial pour bénéficier de la prise en charge et que la modification de matériaux n'est pas prise en charge.

Les patients souhaitant par exemple profiter du renouvellement de prothèse pour changer une couronne métallique en couronne céramique plus esthétique ne pourront en bénéficier.

d'activité 2013 du Fonds CMU.

⁴⁴⁵ Allianz, Dispositions générales des contrats, Soins Compositio et Garanties hospitalières, Article 11 : *A partir de quel moment et sous quelles conditions êtes-vous remboursés?* p.13.

Première partie : La détermination du cadre juridique

Les exclusions sont nombreuses.

1. *Les prothèses ne correspondant pas à la demande initialement formulée lors de l'acceptation de la garantie.*
2. *Les prothèses dentaires non réalisées dans le réseau des Chirurgiens-dentistes partenaires de Santéclair ou n'ayant pas fait l'objet d'un enregistrement préalable auprès de Santéclair en cas de réalisation hors réseau.*
3. *Toute prothèse dentaire non réalisée dans les 3 mois suivant la délivrance de l'acceptation de garantie.*
4. *Les dommages esthétiques liés au vieillissement naturel de la prothèse ou tout changement non justifié de matériaux.*
5. *La prothèse amovible partielle ou totale.*
6. *L'implantologie (implants, piliers implantaires et les prothèses sur implants).*

Les trois premiers points sont des réserves portant sur des formalités administratives.

Les suivants attirent cependant quelques remarques.

299.- Les prothèses amovibles sont écartées de la garantie.

Le taux de survie des prothèses amovibles partielles est de 75% à 5 ans et de 50% à 10 ans⁴⁴⁶.

Les complications techniques comprennent la fracture du châssis, de la résine acrylique et des crochets ainsi que le descellement des couronnes. Les fractures des crochets en représentent par exemple 3,4 %⁴⁴⁷.

Celui des prothèses amovibles complètes est de 50% à 5 ans⁴⁴⁸. Les complications techniques comprennent la fracture de la plaque base en résine, le vieillissement et pollution de la résine par la salive et autres composants ainsi que le décollement ou la fracture des dents prothétiques.

A titre de comparaison la prise en charge par les caisses luxembourgeoises est

⁴⁴⁶ C. VANZEVEREN, W. D'HOORE, P. BERCY, G. LELOUP, « *Treatment with removable partial dentures: a longitudinal study. Part II* », J of Oral Rehabil 2003; 30, p.459-469.

⁴⁴⁷ *Ibidem*.

⁴⁴⁸ O. HUE, M-V BERTERETCHE, « Prothèse amovible complète », Quintessence Internationale, 2003, 296p.

Première partie : La détermination du cadre juridique

renouvelée pour les prothèses fixées (une couronne par exemple) par périodes de quinze ans, sauf sur proposition du médecin traitant et justification médicale reconnue par le contrôle médical.

Les prothèses adjointes ne sont renouvelées que tous les cinq ans mais le rebasage⁴⁴⁹ total ou partiel d'une prothèse dentaire adjointe sont pris en charge une fois par période de 365 jours à partir du deuxième rebasage⁴⁵⁰.

Le type de prothèse qui serait le plus concerné par le recours à ce type de garantie figure donc dans les exclusions...

300.- Un second point est la durée de la garantie de 10ans.

Il convient de vérifier dans la littérature les taux de survies des éléments prothétiques⁴⁵¹.

Nous n'analyserons que les taux de survie des couronnes unitaires, l'acte étant de loin le plus fréquent par rapport aux couronnes plurales (comme un *bridge* dento-porté).

Tableau 16: Taux de survie de la couronne unitaire selon le type de matériau utilisé (Pjetursson et coll., 2007)

⁴⁴⁹ Remodelage de la plaque en résine ou du squelettique pour adapter la prothèse à la bouche, indispensable pour garantir la pérennité de l'appareillage

⁴⁵⁰ Statuts de la Caisse Nationale de Santé du Luxembourg, Chapitre 2. - Soins de médecine dentaire, Délais de renouvellement des prothèses, Art. 42.

⁴⁵¹ S. ELIASZEWICZ-WAJNSZTOK, B. TAVERNIER, « *Analyse des taux de survie et complications des différentes solutions prothétiques : revue de littérature* », Rev Odont Stomat 2009; 38, p.187-207.

La survie se définit par le fait que la prothèse est en place avec ou sans modification durant la période d'observation (Lang et coll., 2004 ; Pjetursson et coll., 2004 ; Tan et coll., 2004).

L'échec se définit par le fait que la prothèse n'est pas en place ou qu'elle a besoin d'être remplacée (Tan et coll., 2004 ; Salinas et coll., 2004). Il implique aussi la survenue de complications biologiques et techniques, différentes selon le type de prothèse (Lang et coll., 2004 ; Pjetursson et coll., 2004 ; Tan et coll., 2004 ; De Backer et coll., 2006).

Première partie : La détermination du cadre juridique

Taux de survie / <i>Survival rates</i>	Couronne unitaire à 5 ans <i>Single crowns at 5 years</i>		Signification statistique <i>Statistic significance</i>
	Global <i>Global</i>	Postérieur <i>Posterior</i>	
Couronne céramo-métallique <i>Metal-ceramic crowns</i>	95,6 %		
Couronne céramique <i>All ceramic crowns</i>	93,3 %		
Couronne céramique (alumine/Procera) <i>Alumina ceramic crowns (Procera)</i>	96,4 %	94,9 %	
Couronne céramique (fibre renforcée/Empress) <i>Reinforced glass ceramic crowns (Empress)</i>	95,4 %	93,7 %	
Couronne céramique (In ceram) <i>In-Ceram crowns</i>	94,5 %	90,4 %	S (p = 0,009)
Céramique (vitro-céramique/Glass ceram) <i>Glass ceramic crowns</i>	87,5 %	84,4 %	S (p = 0,028)

Tableau 17 : Taux de survie des prothèses implanto-portées (Pjetursson et coll., 2004; Attard et coll., 2004)

Taux de survie <i>Survival rates</i>	5 ans <i>5 years</i>	10 ans <i>10 years</i>	15 ans <i>15 years</i>	20 ans <i>20 years</i>
Couronne unitaire implanto-portée <i>Implant-supported single crown</i>	94,5 %	89,4 %	—	—
Prothèse fixe partielle implanto-portée <i>Implant-supported partial fixed prosthesis</i>	95 %	86,7 %	—	—
Prothèse fixe complète implanto-portée <i>Implant-supported complete fixed prosthesis</i>	—	—	—	84,34 %
Prothèse amovible complète stabilisée sur implants <i>Complete removable prosthesis stabilized on implants</i>	—	—	100 %	—

Un second angle d'étude analyse la répartition des motifs justifiant la dépose de la couronne⁴⁵².

⁴⁵² RSI, Action nationale de Gestion du Risque, « Rapport : Le devenir des dents couronnées », Juin 2010, p. 19

Première partie : La détermination du cadre juridique

Tableau 18: Répartition des motifs justifiant la dépose de la couronne,

Motif de dépose de la couronne	Nombre de couronnes déposées	Pourcentage (%)	Intervalle de confiance
Extraction de la dent étudiée	348	61,8	[57,8-65,8]
Problème technique	65	11,5	[8,9-14,1]
Complication endodontique	37	6,6	[4,5-8,7]
Modification du plan de traitement	34	6,0	[4,0-8,0]
Fracture dentaire (moignon)	15	2,7	[1,4-4,0]
Motif inconnu	14	2,5	[1,2-3,8]
Reprise de carie	13	2,3	[1,1-3,5]
Parodontopathie	12	2,1	[0,9-3,3]
Problème sur un pilier de bridge	12	2,1	[0,9-3,3]
Récession gingivale physiologique	6	1,1	[0,2-2,0]
Usure de la prothèse	3	0,5	[0,0-1,1]
Autre	2	0,4	[0,0-0,9]
Convenance personnelle (raison esthétique)	1	0,2	[0,0-0,6]
Facette, fracture de bridge	1	0,2	[0,0-0,6]
Total	563	100,0	

La probabilité, pour une couronne posée, de rester en bouche plus de 5 années est de 89,8%⁴⁵³.

Le tableau objective des motifs contre indiquant la mise en place d'une nouvelle prothèse (extraction, complication endodontique) ou empêchant la prise en charge à la lecture des conditions générales (convenance personnelle).

Par ailleurs le renouvellement de la couronne n'est de plus pas systématique après une dépose selon la même étude.

62,8% des couronnes déposées, dent non extraite, ont été renouvelées⁴⁵⁴.

301.- Nous voyons donc que le risque est très relatif pour la compagnie d'assurance. Les dispositions des conditions générales mentionnent un renouvellement de prothèse et non le remboursement en cas de perte de la dent.

Or le renouvellement reste une situation relativement peu fréquente.

302.- L'Exercice de la garantie est contrôlé par les « chirurgiens-dentistes conseil de Santéclair sur examen radiologique »⁴⁵⁵.

⁴⁵³ *Idem*, p. 25.

⁴⁵⁴ *Id.* p. 6.

⁴⁵⁵Allianz, Dispositions générales des contrats, Soins Composio et Garanties

Première partie : La détermination du cadre juridique

Les obturations endodontiques doivent être conformes aux critères de bonnes pratiques.

Le recours aux faux moignons doit être justifié par les contraintes techniques (parois résiduelles insuffisantes ou impossibilité de collage).

Les couronnes garanties concernent exclusivement les dents délabrées qui ne peuvent être reconstituées par des soins conservateurs.

Le nombre et la distribution des dents résiduelles permettent une réhabilitation prothétique pérenne.

La prothèse demandée doit présenter des contacts suffisants en antagoniste.

Pour finir... la garantie ne pourra être accordée qu'après traitement des foyers infectieux présents et de pathologies gingivales⁴⁵⁶.

« En cas de non conformité à un ou plusieurs de ces critères, l'assureur sur avis du Chirurgien-dentiste Conseil de Santéclair se réserve le droit de refuser la garantie 10 ans »⁴⁵⁷.

303.- Les conditions édictées ci-dessus concernent un plan de traitement idéal, chez un patient disposant d'un parodonte sain, d'une bonne hygiène, d'un équilibre occlusal satisfaisant.

Or l'exercice quotidien révèle que ces situations sont rares.

La formulation d'une garantie de 10 ans est à notre sens trompeuse.

Lorsque le renouvellement est lié à une usure prématurée ou une fracture des matériaux, le praticien proposera probablement de refaire le travail à ses frais.

Lorsque le patient n'a pas un état bucco-dentaire optimal, il ne peut prétendre à la garantie de prise en charge.

hospitalières, Article 11 : *A partir de quel moment et sous quelles conditions êtes-vous remboursés?* p.14.

Il est à noter que le terme de chirurgien-dentiste conseil est normalement réservé aux praticiens en charge du contentieux du contrôle technique de la sécurité sociale. Pour les usagers, le terme est trompeur.

Le praticien conseille effectivement mais nous pouvons supposer que le conseil a pour unique objectif la plus stricte économie pour le patient...et l'organisme dont il est salarié.
⁴⁵⁶ Soulignons que les soins pour les pathologies gingivales sont non pris en charge par la sécurité sociale et très rarement par les assureurs complémentaires.

⁴⁵⁷ Allianz, Dispositions générales des contrats, Soins Compositio et Garanties hospitalières, Article 11 : *A partir de quel moment et sous quelles conditions êtes-vous remboursés?* p.14.

Première partie : La détermination du cadre juridique

La couverture des appareillages amovibles, plus à risque de fracture puisque amovibles et souvent cassés à la suite de chute, serait plus justifiée.

Ils sont pourtant écartés de la couverture...

Les compagnies d'assurance prennent donc un risque très limité dans la surenchère *marketing* mais les slogans sont vendeurs⁴⁵⁸.

B/ La mobilité des assurés d'une compagnie à une autre

304.- Les comparaisons internationales montrent que la mobilité des assurés varie grandement d'un pays à l'autre.

Ainsi, la mobilité des assurés semble plus grande en Allemagne et en Suisse qu'en Belgique et aux Pays-Bas⁴⁵⁹.

Pour l'assurance complémentaire individuelle en France il s'agirait d'un taux de départs annuels d'assurés de 15 %⁴⁶⁰.

305.- L'étude précitée montre qu'au sein d'un même pays la mobilité d'un assuré diminue statistiquement avec son âge, et augmente avec son revenu ou son niveau d'éducation; de même, un mauvais état de santé constitue souvent un frein à la mobilité⁴⁶¹.

D'autres études montrent que c'est lors du passage à la retraite que l'on change volontiers d'organisme (pour 51 % des contrats obligatoires, 39 % des facultatifs et 23% des individuels)⁴⁶², s'expliquant par des contrats inadaptés et par une importante

⁴⁵⁸ D.CRIE, « *Le marketing des complémentaires santé* », Les Tribunes de la santé, 2011/2 n°31, p. 73-83.

⁴⁵⁹ T. LASKE-ALDERSHOF, E. SCHUT, K. BECK, S. GRESS, A. SHMUELI, C. VAN DE VOORDE, « *Consumer mobility in health insurance markets: a five-country comparison* », Applied Health Economics and Health Policy, vol. 3, n° 4, p. 229-241.

⁴⁶⁰ P-Y GEOFFARD, « *Concurrence en santé : marché des soins, marché de l'assurance* », Regards croisés sur l'économie, 2009/1 (n° 5), p. 128-137.

⁴⁶¹ A. STROMBOM, T.C BUCHMUELLER, P.J. FELDSTEIN, « *Switching costs, price sensitivity and health plan choice* », Journal of Health Economics, vol. 21, p. 89-116.

⁴⁶² C. FRANC, M. PERRONNIN, A. PIERRE, « *Changer de couverture complémentaire santé à l'âge de la retraite. Un comportement plus fréquent chez les titulaires de contrats d'entreprise* », Questions d'économie de la santé, n° 126, Oct. 2007.

M. GRIGNON, R. SITTA, « *Qui change de complémentaire santé et pourquoi ? Une étude longitudinale à partir de l'enquête ESPS 1988-98* », Questions d'économie de la santé,

Première partie : La détermination du cadre juridique

augmentation des cotisations à cette période de la vie⁴⁶³.

306.- Il semble que le manque de standardisation des contrats soit aussi un frein à la comparabilité de l'offre, et donc à la mobilité.

Section 2 Apport des organismes complémentaires dans l'accès aux soins

307.- Les études démontrent que la décision de se soigner relève non seulement d'une perception d'un état de santé, mais également de critères économiques.

Les dépenses de soins ambulatoires des personnes couvertes par une complémentaire sont supérieures de 29% à celle des personnes non couvertes⁴⁶⁴.

§1 Une amélioration indéniable

308.- La prise en charge du coût d'un soin par l'assurance complémentaire facilite le recours aux soins.

En France, l'enquête SPS montre de manière nette que les individus les mieux couverts par leur complémentaire sont aussi en meilleure santé⁴⁶⁵.

La question de la couverture des frais dentaires revêt une importance toute particulière considérant le fort reste à charge pour les patients.

Le schéma ci-dessous montre que la couverture du secteur dentaire est la moins satisfaisante pour les adhérents juste derrière le secteur optique.

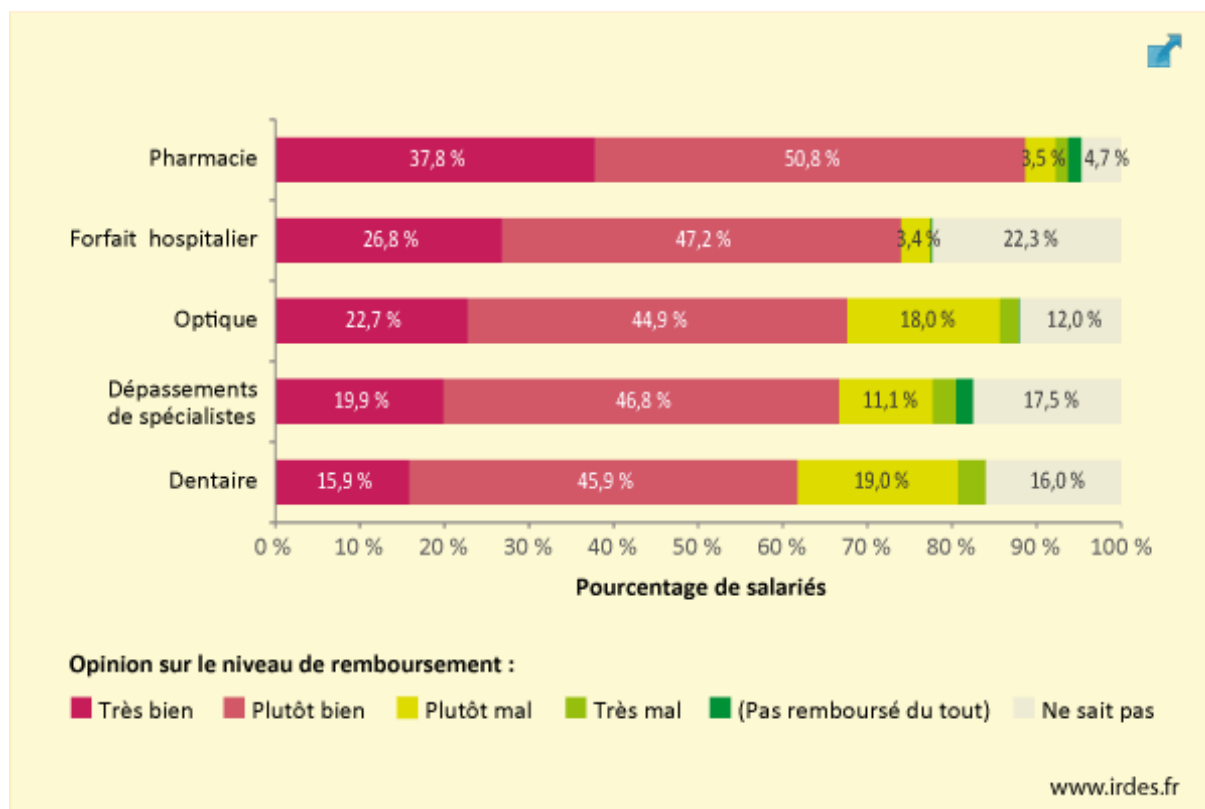
n°64, 2003.

⁴⁶³ G. MARTIN-HOUSSART, M-O RATTIER, D. RAYNAUD, « *Les contrats offerts en 2002 par les organismes d'assurance maladie complémentaire* », Etudes et Résultats, n° 402, Drees, 2005.

⁴⁶⁴ D. RAYNAUD, « Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire santé », DREES, Études et résultats N° 378, février 2005.

⁴⁶⁵ L. BOCOgnANO, A. COUFFINHAL, S. DUMESNIL, « La complémentaire maladie en France : qui bénéficie de quels remboursements ? », Oct. 2000 - CREDES
[<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2000/rap1317.pdf>]

Première partie : La détermination du cadre juridique



Graphique 4: Opinion des salariés sur leur complémentaire santé⁴⁶⁶.

La part de leur participation est malgré tout grandissante⁴⁶⁷.

⁴⁶⁶ Données : Enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) 2009 [http://www.irdes.fr/EspacePresse/GraphiquesDuMois/LeGraphiqueDuMoisFevrier13.html], page consultée le 4 juillet 2013

Graphique issu du Questions d'économie de la santé n° 181 « Panorama de la complémentaire santé collective en France en 2009 et opinions des salariés sur le dispositif »

D. RAYNAUD, « *Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie socio professionnelle de la complémentaire santé collective en France en 2009 et opinions des salariés sur le dispositif* »

L. BOCOgnANO, D. RAYNAUD, « *Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire* », Études et résultats N° 378, Fév. 2005.

⁴⁶⁷ L. BOCOgnANO, A. COUFFINHAL, S. DUMESNIL, « *La complémentaire maladie en France : qui bénéficie de quels remboursements ?* », Oct. 2000 – CREDES, p. 21. [http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2000/rap1317.pdf].

Première partie : La détermination du cadre juridique

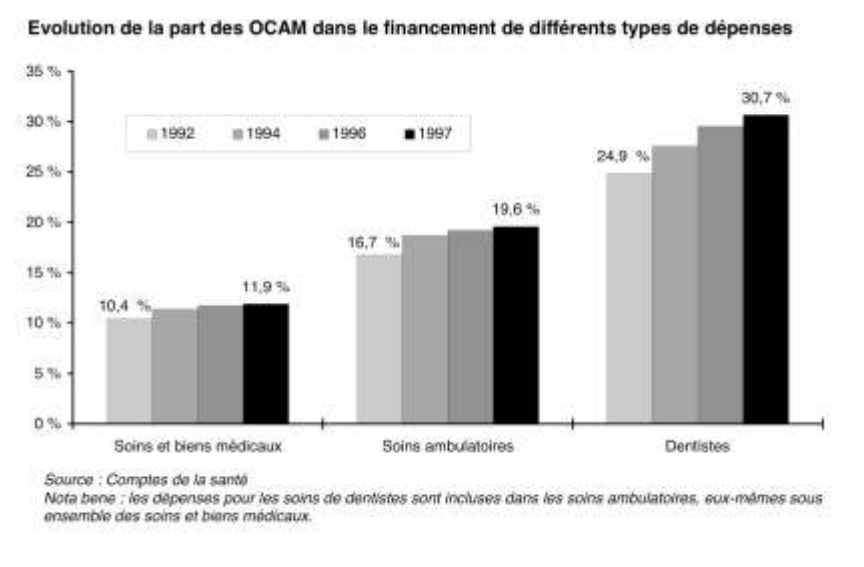


Figure 2 : Evolution de la part des OCAM dans le financement de différents types de dépenses.

Source : Comptes de la santé

Nota Bene : les dépenses pour les soins de dentistes sont incluses dans les soins ambulatoires, eux même sous ensemble des soins et biens médicaux

§2 L'Accès à une complémentaire pour tous ?

309.- La question de l'accès aux soins pour tous se déplace alors vers celle de l'accès à une complémentaire santé pour tous.

93% de la population dispose d'un contrat qui couvre les soins non couverts par l'assurance maladie.

Néanmoins l'effort financier est de taille pour les ménages les plus modestes et le montant des primes versées représente un effort de 10,3%⁴⁶⁸.

Le principal paramètre entrant en compte dans le choix d'un contrat est très largement le montant de la cotisation.

Les justifications de renoncement à un contrat de protection sont en effet majoritairement financières⁴⁶⁹.

⁴⁶⁸ B. KAMBIA CHOPIN, M. PERRONNIN, A. PIERRE, T. ROCHEREAU, « *La complémentaire santé en France en 2006: un accès qui reste inégalitaire ; résultats de l'Enquête Santé Protection Sociale 2006 (ESPS 2006)* ». Questions d'économie de la santé; (132), p. 1-4.

⁴⁶⁹ B. SALIBA, B. VENTELOU, « *Complimentary Health insurance in France. Who pays? why? Who will suffer from public disengagement?* », Health policy n° 8, p. 166-182.

Première partie : La détermination du cadre juridique

53% des personnes sondées expliquent ce choix par des motivations financières.

7,8% de la population n'est couvert par aucune protection de santé⁴⁷⁰.

Ce sont les personnes pour lesquelles l'effort financier d'une complémentaire est difficile mais qui ne peuvent prétendre à la couverture maladie universelle CMU⁴⁷¹.

A/ L'Aide à la Complémentaire Santé

310.- L'Aide complémentaire santé (ACS), ou « chèque santé », a été votée avec la loi du 13 août 2004⁴⁷².

Mise en place en 2005 pour réduire le coût de la couverture complémentaire santé des ménages dont le niveau de vie se situe juste au-dessus du plafond de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C).

Le nombre de bénéficiaires d'attestations délivrées par les caisses d'assurances maladie en 2011, tous régimes confondus, ainsi que le nombre de personnes ayant exercé leurs droits, augmentent respectivement de 21 % et de 16 %. Ces hausses portent le nombre d'attestations délivrées à 763 100 à fin décembre 2011 et le nombre d'utilisation de ces attestations à 620 000 à fin novembre 2011

Avec les données de l'enquête Soins et Protection sociale, ces auteurs montrent que le revenu est le facteur le plus discriminant dans la souscription d'une complémentaire santé au niveau individuel. En revanche, ils ne trouvent pas d'effet significatif de l'état de santé, ce qu'ils expliquent par la bonne couverture du risque « lourd » par la Sécurité sociale. Ensuite, ces auteurs montrent que les individus pauvres ont moins de chances d'acheter un contrat de bonne qualité, ce qui traduit le poids de la contrainte financière dans l'achat d'une assurance santé.

Leur étude a été complétée par celle de R. Legal L'influence de l'offre de soins et du niveau des primes sur la demande d'assurance complémentaire santé en France
Revue économique Revue économique 2009/2 (Vol. 60) 228 pages Page 441-453

⁴⁷⁰ B. KAMBIA CHOPIN, M. PERRONNIN, A. PIERRE, T. ROCHEREAU, « *La complémentaire santé en France en 2006: un accès qui reste inégalitaire ; résultats de l'Enquête Santé Protection Sociale 2006 (ESPS 2006)* ». Questions d'économie de la santé; (132), p. 1-4.

⁴⁷¹ F. JUSOT, J.WITTEWER, « *L'accès financier aux soins en France : Bilan et perspectives* », Regards sur l'économie n°5, 2009, p.102-109.

M. PERRONNIN, « *La complémentaire santé en France en 2008, une large diffusion mais des inégalités d'accès* », Questions d'économie de la santé n°161, Janv. 2011.

⁴⁷² CSS Art. Article L863-1 à 6 et R863-1 à 6.

Première partie : La détermination du cadre juridique

B/ La loi sur la sécurisation de l'emploi et la complémentaire pour tous

311.- Plus récemment la loi sur la sécurisation de l'emploi votée par le Sénat, le 14 mai 2013⁴⁷³ reprend l'Accord National Interprofessionnel (ANI) établi entre les syndicats et les organisations patronales.

Adoptée en procédure d'urgence, la « *complémentaire pour tous* », figure dans son article 1^{er}.

Elle impose aux employeurs de garantir à tous leurs salariés un contrat d'assurance complémentaire et permettrait de couvrir 400 000 personnes supplémentaires.

Les entreprises ne disposant donc pas encore de mutuelles santé collectives doivent adopter une couverture santé minimale pour leurs salariés à compter du 1^{er} janvier 2016 au plus tard⁴⁷⁴.

Les cotisations sont prises en charge conjointement par l'employeur et par le salarié.

Une partie de ce projet a été censuré par le Conseil constitutionnel, le projet initial imposant notamment une clause de désignation d'une complémentaire santé par branche professionnelle⁴⁷⁵.

Les opposants dénoncent un transfert de responsabilité entre le service public et privé en matière de santé et l'inégalité induite par l'exclusion du protocole d'une frange non salariée de la population⁴⁷⁶.

Le marché potentiel de l'Accord national interbranche Santé est de 3 milliards d'euros par an. 600000 entreprises seraient encore non équipées de complémentaire santé soit environ 5 millions de salariés et 2,6 millions d'ayants droit, selon les chiffres donnés par le groupe de protection sociale.

Cette obligation peut faire penser à une sorte de cadeau pour les OCAM de la part du gouvernement...peut être en dédommagement de leur prise en main de la couverture maladie des français, l'Etat n'en ayant plus les moyens sans oser vraiment l'avouer.

⁴⁷³ Loi n° 2013-504 du 14 Juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi. Notons que ce dispositif rendra encore plus complexe la mobilité des assurés d'une compagnie à une autre.

⁴⁷⁴ Lire à ce sujet J. VESSAUD, « *La complémentaire santé pour tous les salariés* » Revue Banque/Banque Magazine. Oct. 2014, n° 776, p16.

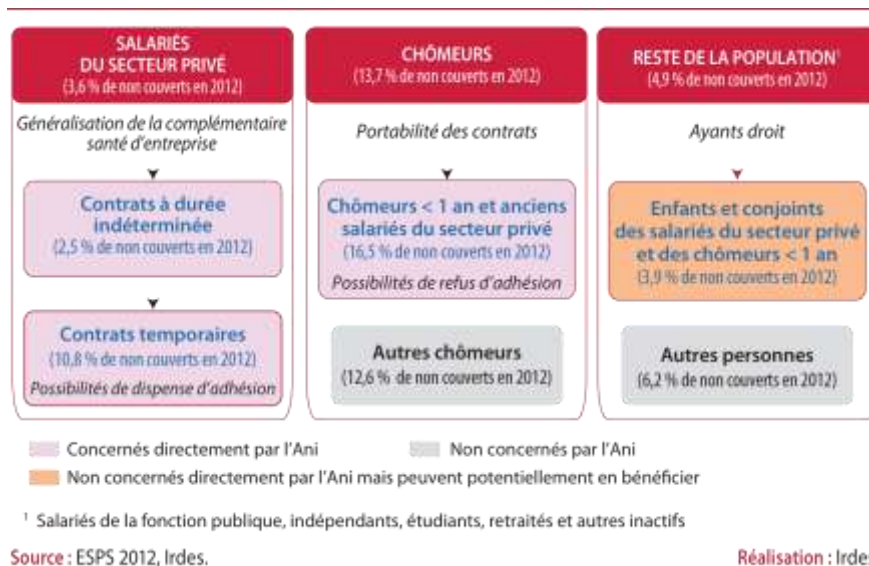
⁴⁷⁵ Cons. constit. Décision n°2013-672 DC, 13 juin 2013.

⁴⁷⁶ Lire à ce sujet : P. WIHLIDAL « *Complémentaire pour tous : une fausse bonne idée* », Le Monde, 24 Juill. 2013.

Première partie : La détermination du cadre juridique

Le graphique suivant montre une synthèse des populations concernées par cette mesure.

Tableau 19: Population concernée par l'ANI⁴⁷⁷



Seule une évaluation du dispositif *ex ante* peut être faite.

L'analyse de l'IRDES objective des résultats en demi-teinte.

« Le taux de non-couverture, qui s'élève à 5 % en 2012, serait encore de 4 % après la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise dans l'hypothèse où tous les salariés adhérents au dispositif et de 3,7 % si tous les chômeurs de moins d'un an acceptent en outre la portabilité ».

Le bénéfice d'une telle mesure est faible et ajoute encore une charge administrative et financière au cabinet dentaire qui pourrait faire grimper les honoraires...

⁴⁷⁷ IRDES, F. JUSOT, A. PIERRE, « Quels impacts attendre de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise sur la non-couverture en France ? Une simulation à partir de l'enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012 », Questions d'économie de la santé n° 209, Mai 2015.

[<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/209-quels-impacts-attendre-de-la-generalisation-de-la-com-plementaire-sante-d-entreprise-sur-la-non-couverture-en-france.pdf>]

Première partie : La détermination du cadre juridique

Conclusion

312.- Le schéma classique de prise en charge des soins par l'assurance maladie est ainsi totalement modifié.

Les actes remboursés par l'assurance maladie n'ont été que très peu revalorisés.

Ils sont en totale inadéquation avec la hausse des charges des cabinets, de l'inflation et de l'augmentation de technicité.

Les praticiens ont compensé en augmentant les honoraires sur les actes non opposables ou à honoraires libres.

Les patients ont donc vu leur reste à charge augmenter dans un contexte de crise alors même que l'idée de payer pour des soins n'est pas ancrée dans les mœurs françaises.

Pour tenter d'encadrer la hausse, le gouvernement s'est retranché derrière les mutuelles dont le poids grandit.

Nous allons évoquer en seconde partie les mécanismes mis en œuvre par les praticiens, les organismes complémentaires et les patients afin de résoudre les conflits autour de l'argent en matière de soins dentaires.

SECONDE PARTIE

L'ADAPTATION AU NOUVEAU CADRE JURIDIQUE

Titre Premier L'adaptation du cabinet

Le cabinet s'assimile désormais à une entreprise.

Il n'existe pas de définition juridique unique de l'entreprise.

Elle peut se définir selon l'INSEE comme « *la plus petite combinaison d'unités légales qui constitue une unité organisationnelle de production de biens et de services jouissant d'une certaine autonomie de décision, notamment pour l'affectation de ses ressources courantes* »⁴⁷⁸.

Mais l'entreprise peut également être définie par le droit commercial comme « *une unité économique qui implique la mise en œuvre de moyens humains et matériels de production ou de distribution des richesses reposant sur une organisation préétablie* »⁴⁷⁹.

Le droit du travail emploie ce terme comme « *un ensemble organisé de personnes et d'éléments corporels et incorporels permettant l'exercice d'une activité économique qui poursuit un objectif propre* »⁴⁸⁰.

Le chef d'entreprise est celui qui y détient le plus haut degré d'autorité.

313.- Si le cabinet dentaire selon ces définitions est assimilable à une entreprise, le chirurgien-dentiste deviendrait donc un entrepreneur.

L'assimilation pourrait s'entendre au sens artisanal du terme⁴⁸¹.

⁴⁷⁸ Insee, Définitions et méthodes, [<http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/entreprise.htm>], page consultée le 8 Mai 2015.

⁴⁷⁹ Lexique des termes juridiques, 21^{ème} Edition, Dalloz, 2014.

⁴⁸⁰ *Idem*.

⁴⁸¹ L.-J. FILION, « Typologie d'entrepreneur, Est-ce vraiment utile », Cahier de recherche n°2000-14, Oct. 2000 publié dans T. Verstraete et coll., Histoire d'entreprendre, Les réalités de l'entrepreneuriat, Éditions EMS, 2000, p. 251-262.

Smith a décrit une des analyses les plus classiques.

Lire à ce sujet : N.R Smith, « *The Entrepreneur and His Firm : The Relationship between Type of Man and Type of Company* ». Bureau of Business Research, East Lansing, Michigan : Michigan State University Press.

Cette typologie différencie l'entrepreneur artisan, l'entrepreneur opportuniste ou entrepreneur d'affaires.

Le principal facteur discriminant était l'orientation vers la croissance, plus marquée chez l'entrepreneur opportuniste que chez l'entrepreneur artisan. L'application au cadre d'un cabinet dentaire paraît justifiée.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

Per Davidsson définit les compétences de l'entrepreneur comme un « *ensemble de connaissances, savoir-faire et talents fonctionnels permettant à un entrepreneur d'exercer les comportements propices à la découverte et à l'exploitation d'une occasion d'affaire* »⁴⁸². Cet auteur a fait évoluer la définition de compétences vers des « *comportements intentionnels et informés d'un individu ou d'une équipe s'appuyant sur un éventail donné de ressources et sur une volonté explicite de les utiliser et qui ont pour résultat final le succès d'une initiative entrepreneuriale* »⁴⁸³.

Un tel poste suppose des compétences spécifiques décrites dans le tableau suivant.

⁴⁸² PER DAVIDSSON, cité par T. Verstraete et B. Saporata, « Création d'entreprise et Entrepreneuriat », les éditions de l'ADREG, Janv. 2006, p. 230.

⁴⁸³ Cité par Y. ZRIG, « Les compétences de l'entrepreneur : définition, démarches d'évaluation et facteurs de développement », Université Nancy 2, Institut supérieur d'administration et de management, 1^{ier} Juin 2011, p. 230.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

Tableau 20: Récapitulatif des compétences de l'entrepreneur⁴⁸⁴

Catégorie	Habilités	Auteurs
Compétences entrepreneuriales	Capacité à identifier des opportunités d'affaires	(Baum, 1995), (Chandler et Jansen, 1992), (Herron, 1990), (Kirner, 1979), (Milton, 1989), (Vesper, 1989)
	Capacité à élaborer une vision d'entreprise	(Filion, 1989), (Chandler et Jansen, 1992), (Hambrick et Crozier, 1985), (Milton, 1989)
	Capacité à créer et gérer son réseau d'affaires	(Aldrich et al., 1987), (Bird et Jelinek, 1988), (Chandler et Jansen, 1992), (Herron, 1990), (Ibrahim et Goodwin, 1986)
	Capacité à gérer son travail	(Bird et Jelinek, 1988), (Deeks, 1976)
Compétences managériales	Capacité à élaborer une stratégie d'entreprise	(Ibrahim et Goodwin, 1986), (Lumpkin et al., 1988), (Hofer et Sandberg, 1987) (Chandler et Jansen, 1992), (Herron, 1990)
	Capacité à coordonner et à organiser les activités de son entreprise	(Baum, 1995), (Chandler et Jansen, 1992), (Herron, 1990), (Hofer et Sandberg, 1987), (Ibrahim et Goodwin, 1986)
	Capacité à diriger du Personnel	(Deeks, 1976)
	Capacité à résoudre des problèmes	(Deeks, 1976), (Herron, 1990)
	Capacité à contrôler les activités de son entreprise	(Deeks, 1976), (Hofer et Sandberg, 1987)
	Capacité à négocier	
Compétences techniques de gestion et du secteur	Capacité à gérer les opérations	(Chandler et Jansen, 1992), (Deeks, 1976), (Lorrain et Dussault, 1988)
	Capacité d'une gestion financière	(Deeks, 1976), (Ibrahim et Goodwin, 1986), (Lorrain et Dussault, 1988), (Luk, 1996), (Lumpkin et al., 1988) (Deeks, 1976), (Ibrahim et Goodwin, 1986)
	Capacité d'une gestion des ressources humaines	(Deeks, 1976), (Lumpkin et al., 1988),
	Capacité d'une gestion marketing et des ventes	(Lorrain et Dussault, 1988), (Luk, 1996), (Hand et al., 1987), (Smart et Conant, 1994)
	Capacité à gérer les lois et les règlements gouvernementaux	(Deeks, 1976)

⁴⁸⁴ J. LORRAIN, A. BELLEY, L. DUSSAULT, « *Les compétences des entrepreneurs : élaboration et validation d'un questionnaire (QCE)* », 4ème congrès international sur la PME, Université de Metz et Université de Nancy, 1998.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

Nous pouvons faire l'application au cabinet dentaire suivante :

<p>Compétences entrepreneuriales</p>	<p>Capacité à identifier des opportunités d'affaires</p> <p>Capacité à élaborer une vision d'entreprise</p> <p>Capacité à créer et gérer son réseau d'affaires</p> <p>Capacité à gérer son travail</p>	<p>Orientation de l'exercice et Image du cabinet.</p> <p>Il s'agit plutôt d'un réseau de soin : relations avec les correspondants.</p> <p>Gestion de l'agenda et de la proportion d'actes plus ou moins rémunérateurs.</p>
<p>Compétences managériales</p>	<p>Capacité à élaborer une stratégie d'entreprise</p> <p>Capacité à coordonner et à organiser les activités de son entreprise</p> <p>Capacité à diriger du personnel</p> <p>Capacité à résoudre des problèmes</p> <p>Capacité à contrôler les activités de son entreprise</p> <p>Capacité à négocier</p>	<p>Exemple de lieux d'exercices distincts pour un même praticien</p> <p>Gestion des assistants dentaires/ aides dentaires/ prothésistes/collaborateurs et remplaçants.</p> <p>Gestion du contentieux avec les patients, les fournisseurs.</p> <p>Négociation des achats de matières premières et des tarifs des prothésistes.</p>
<p>Compétences techniques de gestion et du secteur</p>	<p>Capacité à gérer les opérations</p> <p>Capacité d'une gestion financière</p> <p>Capacité d'une gestion des ressources humaines</p> <p>Capacité d'une gestion <i>marketing</i> et des ventes</p> <p>Capacité à gérer les lois et les règlements gouvernementaux</p>	<p>Extension ou déménagement du cabinet, Modalités d'association ou de cession du cabinet</p> <p>Gestion de la trésorerie, des modalités de la rémunération du praticien.</p> <p>Licenciement d'une assistante dentaire, gestion des congés annuels ou maladie.</p> <p>Valorisation de ses activités de formation, mise en place de nouvelles techniques au sein d'une patientèle</p> <p>Gestion des aménagements des locaux Mise en place des obligations conventionnelles en matière de devis</p>

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

314.- Ces différentes compétences doivent s'acquérir⁴⁸⁵.

Le cursus universitaire des études dentaires n'offre pourtant aucun de ces apprentissages.

Le praticien a l'obligation de gérer son cabinet mais rarement les compétences nécessaires.

Le plus souvent le praticien est donc un entrepreneur qui s'ignore, dépourvu de formations de gestion.

Des contraintes plus fortes et une formation minimale ne peuvent aboutir à un succès.

Nous étudierons le cadre d'une gestion saine et rationnelle puis en montrerons les limites et contournements dans la pratique des praticiens.

⁴⁸⁵ Y. ZRIG, « Les compétences de l'entrepreneur : définition, démarches d'évaluation et facteurs de développement », Université Nancy 2, Institut supérieur d'administration et de management, 1^{ier} Juin 2011.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

Chapitre 1 La gestion traditionnelle

315.- Le praticien doit faire preuve de moralité, de probité, et gérer son cabinet en bon père de famille.

316.- Cette expression, peut-être « surannée »⁴⁸⁶ a le mérite de mentionner le devoir d'un praticien de gérer son cabinet de façon honorable...Nous verrons que la profession a parfois pourtant bien des difficultés à piloter efficacement son entreprise.

Section 1 L'optimisation raisonnable de la rentabilité

317.- La gestion occupe une place croissante dans le métier de chirurgien-dentiste. Une revue spécialisée, l'Indépendantaire se place très spécifiquement sur ce créneau du « cabinet entreprise »⁴⁸⁷.

Ce magazine énonce clairement que « *rentabilité, productivité et management ne sont plus des gros mots* » pour la profession.

« *Ce journal vous propose des sujets qui font votre quotidien: communication, ressources humaines, organisation, nouveaux produits, vie de la profession, gestion, veille scientifique, clinique... Mois après mois, Indépendantaire vous accompagne dans le développement de votre cabinet* ».

Les aspects *marketing* et gestion sont abordés.

L'existence d'une telle revue témoigne de l'emprise des préoccupations économiques dans la conduite et l'activité du cabinet.

318.- Les anglo-saxons sont très largement décomplexés sur le sujet de la rentabilité d'un cabinet de santé.

La majeure partie de la littérature sur la détermination pratique des honoraires vient en effet des Etats Unis comme nous l'avons déjà évoqué en première partie.

⁴⁸⁶ Propos tenus par le député des Français de l'étranger, Sergio Coronado, auteur de l'amendement ayant pour objectif le remplacement de cette expression par le terme raisonnable dans les articles législatifs concernés.

Amendement adopté le 21 Janv. 2014.

⁴⁸⁷ L'Indépendantaire, Edition Edp Dentaire.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

Une étude menée au Royaume Uni par J. Kabir et C.Mellor fait état des différents paramètres qui déterminent les honoraires⁴⁸⁸.

La majeure partie des praticiens se base sur leurs confrères et adoptent soit un paiement à l'acte soit un paiement à l'heure selon le geste à accomplir⁴⁸⁹.

Le temps passé, les coûts de laboratoire, l'expérience du praticien, le coût du matériel, la coopération du patient, la concurrence locale, le jour et l'heure du rendez-vous sont des facteurs cités.

Le facteur temps passé ressort principalement.

Vient ensuite la somme estimée que les patients peuvent investir dans leurs dents.

Nous retrouvons ici les principaux critères reconnus par les instances ordinales et les dispositions déontologiques abordés en première partie.

Néanmoins un élément nous interpelle.

319.- Le terme de concurrence locale semble signifier des honoraires différents à prestation égale sur un même patient selon la démographie professionnelle locale.

Pourrait-on alors imaginer une entente sur les prix ? Une concurrence déloyale par diminution des honoraires ?

Nous évoquerons dans un premier temps l'organisation d'un cabinet pour revenir à cette variation en fonction de l'offre et de la demande.

⁴⁸⁸ J. KABIR , C. MELLOR , « *Factors affecting fee setting for private treatment in general dental practice* », British dental Journal Vol 197, n°4 Août, 2004.

DA. CONRAD, RS. LEE, P. MILGROM, CE. HUEBNER, « *Estimating determinants of dentist productivity: new evidence* », J Public Health Dent. 2010 Fall;70(4), p.262-268.

⁴⁸⁹ Les réponses ne sont toutefois pas transposables totalement aux praticiens français étant donné les différences des systèmes de santé.

Elles nous donnent uniquement un aperçu d'une entreprise dentaire.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

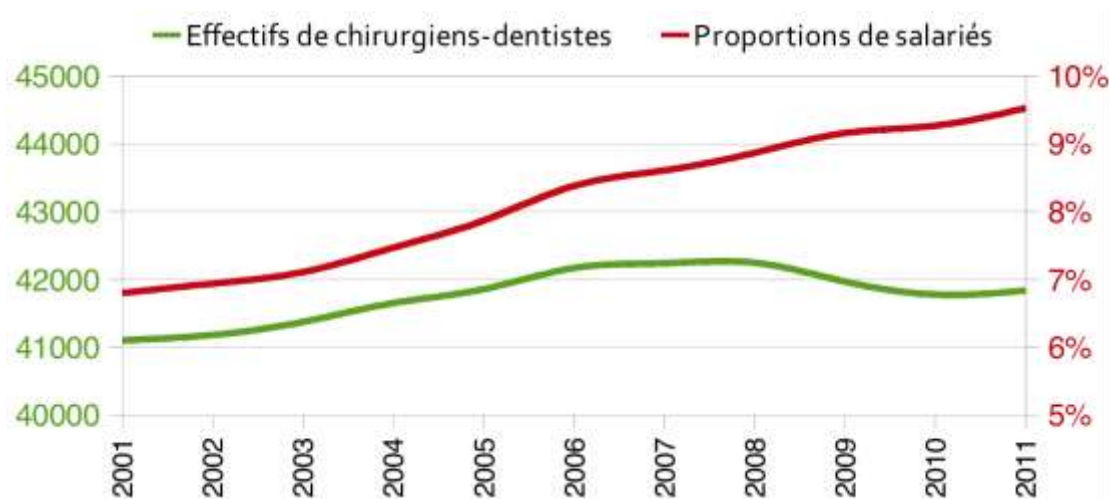
§1 La mutation des modes d'exercice

320.- Concilier viabilité financière de l'exercice et pratique quotidienne modifie les conditions d'exercice de la profession⁴⁹⁰.

L'exercice individuel⁴⁹¹ est aujourd'hui très largement rejeté par les futurs installés en raison des difficultés morales et du poids financier d'un tel choix.

Seulement 36 % des chirurgiens-dentistes recommanderaient à un jeune d'exercer leur profession selon une étude CMV Mediforce de 2014⁴⁹².

L'exercice salarié est en augmentation, et les jeunes installés privilégient les maisons médicales ou les cabinets de groupe, allant parfois jusqu'à créer de véritables cliniques.



Graphique 5: Evolution du nombre de chirurgiens-dentistes et de la part de salariés entre 2001 et 2011

⁴⁹⁰ D. JACOTOT, Bull Acad. Natle Chir. Dent. 2005, 48.

⁴⁹¹ L'exercice individuel est prévu dans le Code de la santé publique : Art. R. 4127-269 : « [...] tout chirurgien-dentiste doit, pour exercer à titre individuel ou en association de quelque type que ce soit [...] ».

⁴⁹² Etude citée par L'information dentaire.fr, « Seulement 36% des chirurgiens-dentistes recommanderaient à un jeune d'exercer leur profession », 5 Mai 2015.

[<http://www.information-dentaire.fr/011-1402-Seulement-36-des-chirurgiens-dentistes-recommanderaient-a-un-jeune-d-exercer-leur-profession.html>]

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

321.- Le dentiste exerçant seul en nom propre a, en plus des difficultés d'isolement relationnel que cela comporte, l'inconvénient de supporter seul tous les investissements du cabinet, avec parfois une pression financière importante.

Les services d'un collaborateur peuvent aider à amortir ces investissements.

322.- L'exercice en cabinet de groupe ou en en société progresse (de 31 à 38 % des praticiens entre 2001 et 2006).

L'exercice isolé reste cependant majoritaire même si il régresse passant de 63 à 56% sur la même période⁴⁹³.

A/ Mutualiser les moyens⁴⁹⁴.

323.- Dans une étude de 2015 de CMV Mediforce, 76% des praticiens souhaiteraient s'ils le pouvaient adopter un exercice en association dans les 5 ans à venir⁴⁹⁵.

Afin de maximiser les avantages de l'exercice collectif, les sociétés de chirurgiens-dentistes se sont imposées comme outil juridique, d'abord sous la forme de sociétés civiles puis sous forme de sociétés commerciales.

324.- Les sociétés civiles de moyens sont les plus largement rependues.

Régies par l'article 36 de la loi n° 66-879 du 29 novembre 1966 et par les articles 1832 à 1870-1 du Code civil, elles permettent aux associés de mettre en commun des moyens matériels (personnel, locaux, etc.) pour faciliter l'exercice de ses membres et de partager les dépenses liées à l'exercice de la profession.

L'exercice de chacun des praticiens est libre et indépendant sans masse commune d'honoraires ni partage de clientèle.

Peu contraignantes et permettant un exercice alliant indépendance et optimisation des investissements, les SCM constituent actuellement une grande majorité des associations.

⁴⁹³ Note HCAAM sur les dispositifs médicaux, Mai 2008, p. 54.

⁴⁹⁴ Lire à ce sujet : F. MAURY, « L'exercice sous la forme d'une société d'une profession libérale réglementée », Presses Universitaires d'AIX-MARSEILLE, 2000.

⁴⁹⁵ Source : Etude Vision & Talents Scan CMV Mediforce 2015.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

325.- Les sociétés de forme commerciale sont plus récentes et nécessitent un formalisme plus rigoureux.

Cette option d'exercice peut être individuelle ou non⁴⁹⁶.

Pour les chirurgiens-dentistes, le décret d'application qui permet l'accès aux sociétés d'exercice libéral date du 29 juillet 1992.

Jean Villanova les assimile à « *une passerelle entre le libéral et le commercial* »⁴⁹⁷.

Elles ont été créées par la loi n° 90-1258 du 31 décembre 1990 relative à l'exercice sous forme de sociétés des professions libérales soumises à un statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé.

Leur mise en place s'est faite à la suite de différents dépôts de plainte, nous ne reviendrons pas sur les remous judiciaires qui ont précédés leur mise en place dans le domaine de la santé.

La détention du capital social reste cependant strictement réglementée (article 5 et 5-1 de la loi du 31 décembre 1990⁴⁹⁸).

⁴⁹⁶ SELARL : Il s'agit de sociétés à objet civil mais commerciales par leur forme.

Elles peuvent être des sociétés à responsabilité limitée, des sociétés anonymes, des sociétés par actions simplifiées ou des sociétés en commandite par actions régies par les dispositions du livre II du code de commerce.

Lire à ce sujet : P. MERLE, « Droit commercial, sociétés commerciales », 18^{ième} édition, Dalloz, 2015, n° 212 et suivants.

⁴⁹⁷ J. VILANOVA, « *Les nouvelles formes associées des professions de santé : Etat présent et à venir* », La médicale de France.fr, 29 Juin 2010.

[<http://www.lamedicale.fr/documents/201006bGroupComProd.pdf>], page consultée le 5 Août 2015.

⁴⁹⁸ La Loi MURCEF (11 Déc. 2001) a modifié l'article 5-1 de la loi de 1990 : CSP Art. R 4113-11 : « *Plus de la moitié du capital social et des droits de vote doit être détenue par :*

des associés en exercice au sein de la société ;

une société constituée dans les conditions prévues à l'article 220 quarter A du code général des impôts si les membres de cette société exercent leur profession au sein de la société d'exercice libéral ;

des personnes physiques ou morales exerçant la profession.

Le surplus (au maximum 49 %) ne peut être détenu que par certaines catégories de personnes :

des personnes physiques ou morales (S.E.L. ou S.C.P.) qui exercent la profession dentaire ;

pendant un délai de dix ans, des personnes qui, ayant cessé toute activité, ont exercé la profession au sein de la société en cause ;

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

Cette réglementation répond à une demande de l'Ordre et du corps médical, ces derniers craignant que les éventuels investisseurs ne cherchent une rentabilité économique en sacrifiant la qualité des soins.

Dans le secteur dentaire les raisons qui poussent à passer en Selarl sont principalement fiscales⁴⁹⁹.

Pour 32% des praticiens la raison principale qui les a orientés vers un régime de SEL est la fiscalité.

La deuxième raison, souvent combinée avec la première, est la maîtrise de son exercice professionnel (26%). En effet, le régime des SEL permet au praticien d'avoir une vision analytique lissée de son activité, ce qui n'est pas possible en BNC.

La troisième raison avancée par 15% des praticiens est la vente du cabinet : en optant pour le régime des SEL, certains espèrent pouvoir augmenter la valeur de leur cabinet et faire une plus-value lors de la vente.

La succession représente 6% des motivations⁵⁰⁰.

S'il est vrai que la loi applicable sur la taxation des dividendes a mis un certain frein à l'engouement pour cette nouvelle forme⁵⁰¹, la dissociation du patrimoine privé et professionnel reste un atout majeur.

C'est d'ailleurs dans le même esprit que le statut d'EIRL entré vigueur au 1^{er} janvier 2011 a été mis en place⁵⁰².

Les disciplines médicales ayant les plus lourds taux de charges (radiologues,

les ayants droit des personnes physiques mentionnées ci-dessus pendant un délai de cinq ans suivant leur décès ;

des personnes exerçant une quelconque profession libérale de santé, à l'exception des médecins spécialistes en stomatologie, en oto-rhino-laryngologie, en radiologie ou en biologie médicale ; pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes et orthophonistes.

⁴⁹⁹ A.GUIGNER-RICHARD, « Les sociétés d'exercice libéral des chirurgiens-dentistes en Meurthe et Moselle: Etat des lieux en 2009 », Mémoire présenté dans le cadre du Master 2 droit de l'entreprise médicale, pharmaceutique et dentaire, Université Nancy 2, Faculté de droit, sciences économiques et de gestion, 2009, p. 77.

⁵⁰⁰ *Idem.*

⁵⁰¹ Art 22 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 complétée par un décret n° 2009-423 du 16 avril 2009.

⁵⁰² Loi n° 2010-658 du 15 juin 2010.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

vétérinaires, dentistes...) arrivent peu à peu à des fonctionnements groupés, sous la forme d'une SCP ou d'une SEL d'autant qu'il est possible de séparer fiscalement la société des associés grâce à l'imposition sur les sociétés⁵⁰³.

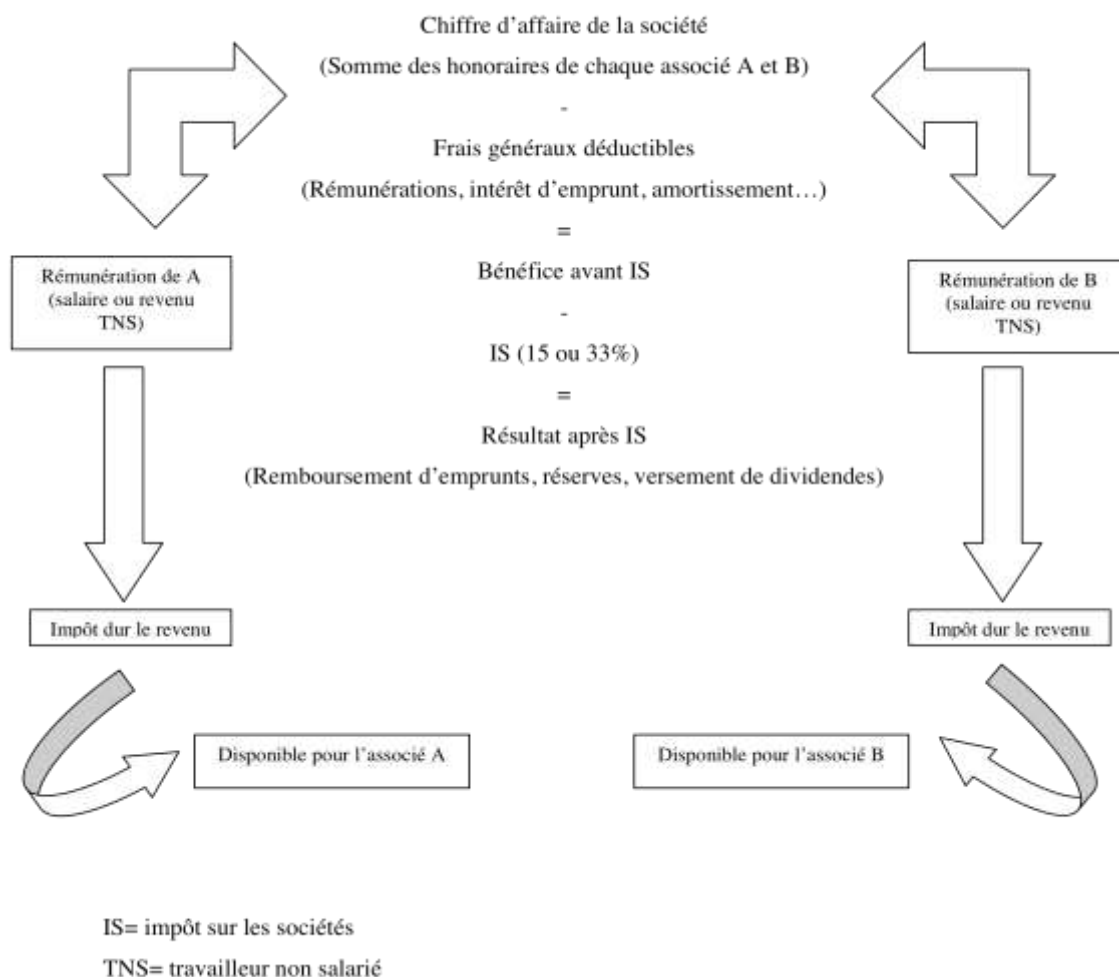


Figure 3 : Impôts sur les sociétés et sur le revenu dans le cas des SEL Alcyon, Installation, 2008

326.- Les solutions de sociétés commerciales personnelles sont une autre forme d'exercice moins prisée par la profession.

La SCP constitue une société de personnes à risques illimités, simple et transparente, à

⁵⁰³ Les sociétés à responsabilité ont été remises en question en raison des dispositions déontologiques imposant que le praticien est pleinement responsable des actes qu'il accomplit envers ses clients (S. RETIF, « Professions libérales et procédures collectives », Thèse dactyl. Toulouse, 2003, n° 212 et s.)

S. RETIF, « *Honneur, loyauté, probité... responsabilité limitée !* », Bulletin Joly Entreprises en Difficulté, 01 mars 2011 n° 1, p. 53.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

statut particulier du fait de la spécificité de son objet social (civil), en tant que réceptacle de l'exercice en commun d'une profession libérale⁵⁰⁴.

Elles sont régies par la loi n° 66-879 du 29 novembre 1966 (modifiée par la loi N° 90-1258 du 31 décembre 1990 sur les SEL) et les articles R 4113-26 à R 4113-101 du Code de la santé publique.

La SCP a pour objet l'exercice en commun de la profession par l'intermédiaire de ses membres.

Elle peut regrouper à la fois des omnipraticiens et des spécialistes en orthodontie.

S'agissant d'une « société de personne » exerçant une profession libérale, sa particularité fondamentale est une mise en commun des honoraires comme dans la SEL.

Le principal inconvénient concerne la responsabilité des associés vis à vis des dettes sociales. Ils sont en effet responsables solidairement et indéfiniment des dettes sociales sur leur patrimoine propre.

*« Sous couvert d'une apparence collective, elle [la société civile professionnelle] n'est souvent, lorsqu'on lève le voile, qu'une juxtaposition de professionnels libéraux très attachés à leur indépendance et qui n'ont pas voulu franchir le Rubicon qui les séparent d'une « vraie » entreprise ayant notamment des moyens financiers propres »*⁵⁰⁵.

Ces propos illustre l'ambivalence d'une telle forme d'exercice, sorte de compromis qui a peu séduit la pratique dentaire.

327.- La tendance au regroupement s'enrichit avec des outils comme les maisons de santé⁵⁰⁶, pôles de santé⁵⁰⁷, les groupements de coopération sanitaire (GCS)⁵⁰⁸ et

⁵⁰⁴ S. OLIVIER, « Retour(s) sur les particularités de la société civile professionnelle » Petites affiches, 07 avril 2014 n° 69, p. 22.

⁵⁰⁵ J.-P. BERTREL, « La transformation de la SCP en SEL », Dr. et patr. 2013, p. 223.

⁵⁰⁶ Ces maisons de santé sont constituées de professionnels de santé, libéraux et salariés. Ils mettent en place un projet de santé coordonné et conforme aux orientations du schéma régional d'organisation des soins (SROS). Ce point constitue la différence de fond avec les groupements traditionnels, SCP, SEL... (CSP Art. L. 6323-3).

⁵⁰⁷ CSP Art. L. 6323-4 : « Les pôles de santé assurent les soins de premier recours et participent aux actions de prévention et de sécurité sanitaire ».

⁵⁰⁸ Le groupement de coopération sanitaire réalise ou gère pour le compte de leurs membres des équipements d'intérêt commun. Ils ont été instaurés par l'ordonnance n° 2003-850 du 4 /09 /2003 (CSP Art. L. 6133-1).

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

Groupements d'intérêt économique (GIE)⁵⁰⁹. L'évolution du mode d'exercice vers le collectif est donc notable.

B/ Le choix d'une forme sociétaire et le contrôle ordinal

328.- Le tableau suivant résume les éléments de choix pour un mode d'exercice.

Tableau 21: Comparatif d'un exercice seul et en groupe ⁵¹⁰

	Exercice seul	Exercice en groupe
Avantages	pouvoir de décision pas de contraintes internes personnalisation des relations clients	échange / communication organisation du travail offre de service supérieur meilleur plateau technique et organisation du temps libre formation continue possibilité de spécialisations multiples possibilité d'activité à temps partiel
Inconvénients	isolement professionnel organisation du travail charge de travail perspective à long terme	difficulté pour la prise de décision

Dans le choix d'un exercice en groupe les différentes options sont récapitulées ci-dessous.

⁵⁰⁹ Le groupement d'intérêt économique a pour objet de faciliter, développer ou améliorer l'activité économique de ses membres.

⁵¹⁰ S. BALLEY, « L'installation du vétérinaire praticien en clientèle libérale : aspects juridiques, sociaux et financiers », Université Claude Bernard, Lyon I, , Ecole nationale vétérinaire de Lyon, 2009, p. 28.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

Tableau 22: Comparaison des différents cadres juridiques (C. Navarro, 2002)⁵¹¹

	Avantages	Inconvénients
Sociétés de Fait	-simplicité de création, -pas de cadre juridique précis, -grande souplesse de fonctionnement.	-pas de cadre juridique précis, -risque de difficulté en cas de séparation ou de mésentente
Sociétés Civiles de Moyens	-optimisation de certains moyens nécessaires à l'exercice, -indépendance fiscale et comptable de chaque membre.	-n'exerce pas la profession, et donc ne répond pas à la problématique du travail en groupe, -inconvénients financiers lors de la constitution (taxation immédiate des plus values sur les apports, pas de possibilités d'apport de clientèle).
Sociétés Civiles Professionnelles	-cadre juridique précis, -personnalité morale.	-complexité fiscale lors d'option pour l'IS.
Société d'Exercice libéral	-souplesse financière et possibilité de maîtrise des revenus, -participation extérieure possible, -avantages patrimoniaux (transfert du patrimoine professionnel vers le patrimoine privé).	-fonctionnement juridique contraignant (SELAFA, SELAS), -recours obligatoire à un juriste et à un expert comptable.

329.- Le Conseil de l'ordre demande à ce que les statuts et règlements intérieurs lui soient communiqués afin de garantir le respect des règles déontologiques dans les modalités de fonctionnement⁵¹².

L'article R. 4127-203 du Code de la santé publique dispose que « *Tout chirurgien-dentiste doit s'abstenir, même en dehors de l'exercice de sa profession, de tout acte de*

⁵¹¹ C. NAVARRO, « *Le vétérinaire praticien chef d'entreprise : quel statut juridique, fiscal et social pour structurer son exercice* », Thèse de Doctorat Vétérinaire, Maisons-Alfort, 2002, 196 p.

C. NAVARRO: « *Avantages et inconvénients de la Société d'Exercice Libéral. Comment choisir quand on s'installe* », Pratique Vet., 2008, (Spécial : Management), 76 p.

⁵¹² CSP Art. L 4113-9.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

nature à déconsidérer celle-ci ».

Aux termes de l'article R. 4127-259 du Code de la santé publique : « *les chirurgiens-dentistes doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité* ».

Le contrôle peut et doit donc s'exercer lors de la création, de l'évolution ou la dissolution d'une société.

Il a été reproché à une SCM de n'avoir tenu compte des remarques faites par l'instance ordinaire dans une décision du conseil national⁵¹³.

« Les actes juridiques nécessaires à la mise en œuvre de l'association entre les deux praticiens et, notamment, ceux relatifs à la société civile de moyens n'ont pas fait l'objet des modifications demandées par le conseil départemental de l'Ordre des Yvelines pour assurer leur régularité sur le plan déontologique ».

330.- Les clauses peuvent imposer une conciliation avant la mise en place d'un contentieux judiciaire.

Par exemple⁵¹⁴ :

« Aux termes de l'article 7 du règlement intérieur de la société civile de moyens associant la SELARL « Myriam L. chirurgien-dentiste » et la SELARL « Olivier C. chirurgien-dentiste » : « En cas de difficultés d'interprétation ou d'exécution du présent contrat, les parties s'engagent, préalablement à toute action contentieuse, à soumettre leur différend au président du conseil départemental de l'Ordre (...) » ; qu'il est constant que le Docteur L. a méconnu cette obligation en introduisant une action judiciaire à l'encontre du Docteur C. relative à l'exécution du contrat qui les liait, sans avoir saisi auparavant du conflit l'opposant à ce dernier le président du conseil départemental ».

331.- Les litiges ont des raisons multiples liées à la vie de la société ou à des rapports personnels tendus entre les associés⁵¹⁵.

⁵¹³ Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, Audience publique du 18 février 2010 Lecture du 20 mai 2010, Affaire : Docteur M. L. Chirurgien-dentiste Dos. n° 1811.

⁵¹⁴ Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, Audience publique du 9 décembre 2010, Décision rendue publique par affichage le 10 mars 2011, Affaire : Docteur Myriam L. Chirurgien-dentiste, Dos. n° 1819.

⁵¹⁵ T. FAVARIO, « *L'exercice en société des professions de santé : les litiges entre associés* »,

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

Une décision du Conseil national de l'ordre rappelle « *qu'au moment où l'exercice en groupe se généralise, il convient de sanctionner les manquements de ceux qui, étant associés, doivent établir entre eux, des rapports de confiance dans la moralité* »⁵¹⁶.

En l'espèce un des associés d'une SCM a mis à la charge de la Société des dépenses personnelles et encaissé une somme débitée au nom d'un fournisseur, falsifiant un chèque.

Le praticien dans ce cas a expressément reconnu « *qu'ayant dû faire face à titre personnel à de considérables difficultés financières (...) il n'a plus été en mesure d'honorer ses engagements financiers professionnels* ».

Les difficultés financières personnelles expliquent souvent les manquements à la probité d'un associé.

Il a reçu la sanction de l'interdiction d'exercer la profession pendant six mois, assortie du sursis pour la période excédant quarante-cinq jours.

332.- Les situations de mésententes peuvent devenir ubuesques.

Citons l'installation clandestine d'un appareil enregistreur dans le faux plafond au-dessus du secrétariat pour piéger un associé⁵¹⁷, le non versement de revenus à un praticien au sein d'une SCP pourtant déclarés aux services fiscaux⁵¹⁸ ou encore la non régularisation intentionnelle d'une cession par le vendeur malgré le versement de la somme due par l'acheteur pour une association⁵¹⁹.

A la lecture de la jurisprudence ordinaire les litiges financiers entre associées semblent être liés à une méconnaissance ou une négligence des principes élémentaires de gestion

RDSS, Mai Juin 2014 p.416.

⁵¹⁶ Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, Audience publique du 4 mars 2010 Lecture du 20 mai 2010, Affaire : Docteur Bruno E. Chirurgien-dentiste, Dos. n° 1710/1712 CE.

⁵¹⁷ Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, Audience publique du 9 décembre 2010, Décision rendue publique par affichage le 10 mars 2011, Affaire : Docteur Myriam L. Chirurgien-dentiste, Dos. n° 1819.

⁵¹⁸ Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, Décision rendue publique par affichage le 25 octobre 2011, Affaire : Docteurs D., J. et B. c/ Docteur M. Chirurgiens-dentistes, Dossier n° 1950/1954.

⁵¹⁹ Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, Audience publique du 18 février 2010, Lecture du 20 mai 2010, Affaire : Docteur M. L. Chirurgien-dentiste Dos. n° 1811.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

et de droit.

Là encore les notions abordées dans la formation sont peu nombreuses, et lorsqu'elles le sont semblent trop lointaines aux étudiants.

La profession n'a de plus pas l'habitude de travailler en réseau avec les professionnels étrangers à la santé.

Le conseil d'avocats, de comptables est rarement pris avant les démarches d'association. Certains praticiens se laissent prendre dans des montages complexes avec la promesse d'une optimisation fiscale, parfois très décevante⁵²⁰.

Les montages juridiques incomplets ou les documents types disponibles sur internet révèlent leurs écueils lors des litiges.

Pourtant, une minorité de ces différents donnent lieu à un jugement, le plus souvent résolu par la voie amiable ou ordinale puisque la clause de conciliation souvent insérée dans les statuts impose l'ordre comme médiateur.

333.- Pour un exercice de qualité et confortable, il semble presque inconscient de s'installer seul et en nom propre.

La lourdeur des investissements et leur constant renouvellement obligent à une mutualisation des frais.

L'objectif est double, diminuer la pression financière et augmenter son confort de travail... sous réserve d'une bonne entente avec ses associés.

Le praticien doit apprendre à composer avec une gestion comptable stricte et une pluralité des décisions que ce type de structure impose.

⁵²⁰ Lire par exemple : CA Versailles CH. 01 SECT. 01 4 juillet 2013 N° 11/05092.

Dans ce montage complexe, lors du passage en société commerciale la clientèle n'a pas été cédée à la SELARL, mais prêtée dans le cadre d'un contrat de commodat afin d'éviter le paiement de droits d'enregistrements et d'intérêts d'emprunt.

Les statuts de la SELARL unipersonnelle, une convention d'hébergement entre la SCM ISIS (société civile de moyen dont Catherine A. fait partie depuis 1986 et qui organise le partage des locaux loués entre elle-même et d'autres professionnels de santé) et la SELARL, un contrat de cession à titre gratuit de la clientèle individuelle de Catherine A. à la SELARL, et, enfin, un contrat de prêt à usage à titre gratuit du fonds libéral à la SELARL ont été rédigés.

La mise en place de la nouvelle organisation de son activité a montré des écueils en terme de trésorerie et de vie de la société.

Un redressement fiscal a majoré le préjudice.

La praticienne a ensuite dû régulariser la situation par des procédures bien plus coûteuses qu'une mise en place initiale en bonne et due forme.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

La mise en place de montages composés de SELARL unipersonnelles associées en SCM nous paraît être le meilleur compromis.

La SELARL permet une dissociation du patrimoine privé et professionnel.

La SCM combine des possibilités d'amortissement des charges en commun et une indépendance financière des praticiens dans leur choix de gestion.

Une association en SELARL de plusieurs praticiens impose une réelle entente financière, risquée sur le long terme, la majorité des litiges étant d'ordre financier.

Section 2 Des investissements coûteux

334.- Le volume de la masse salariale, le temps d'ouverture du cabinet, le temps d'exécution des actes, le coût des matériaux utilisés et des frais prothétiques sont autant de paramètres influant le coût horaire de la pratique.

A cela il faut ajouter les frais engagés par un plateau technique souvent coûteux.

Les investissements en matériel représentent une part non négligeable du taux de charge du cabinet.

De plus ces investissements lourds doivent être répétés pendant toute la durée de l'exercice puisque le matériel s'use et devient obsolète.

Une étude de 2015 montre que pour les 2 prochaines années, les chirurgiens-dentistes sont 60% à prévoir l'achat ou la location de matériel dentaire (fauteuil, compresseur, panoramique...)⁵²¹.

En réponse à un reportage d'Envoyé spécial de 2010 sur les céramiques chinoises posées en France, Rudyard Bessis, président d'un syndicat dentaire (DSI) écrit :

« *Un tarif de prothèse comprend le paiement de :*

- *La location du cabinet ;*
- *Du leasing du fauteuil et de tout notre matériel dentaire ainsi que de son entretien ;*
- *De l'assistante et de la secrétaire ;*
- *Des charges sociales salariales et patronales ;*
- *Du téléphone, de l'électricité, de l'eau ;*
- *Des cotisations retraite, assurance maladie et allocations familiales ;*

⁵²¹ Source : Etude Vision & Talents Scan CMV Mediforce 2015.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

- Du plateau technique et des matériaux utilisés ;
- De la stérilisation ;
- Et de tant d'autres facteurs parmi lesquels le coût horaire du praticien et le prix du laboratoire de prothèses »⁵²².

Les charges sont ainsi bien résumées, l'objectif était ici de faire comprendre que derrière un prix le praticien n'en était pas le bénéficiaire unique et direct.

En effet, les charges englobent comme l'a indiqué Mr Bessis à la fois :

- les dépenses professionnelles : notamment les loyers, la location de matériel, les dépenses de personnels, les autres frais professionnels ;
- les impôts, les taxes et les cotisations sociales personnelles du praticien ;
- les différents postes financiers liés aux investissements (comme les dotations aux amortissements ou les provisions pour dépréciation) ;
- le résultat éventuel des sociétés civiles de moyens : les membres d'une SCM doivent indiquer la part de déficit ou de bénéfice correspondant à leurs droits dans la société.

Le déficit sera ajouté dans les charges, le bénéfice en sera déduit ;

- les pertes diverses ;
- un poste « divers à réintégrer » qui sera soustrait des charges car il comprend des montants intégrés à tort dans les dépenses professionnelles.

§1 La masse salariale, un impératif

335.- L'assistante dentaire et/ou la secrétaire sont incontournables dans un cabinet, même si certains praticiens, souvent effrayés par les lourdeurs du droit du travail, continuent à travailler seuls.

Le tableau suivant décrit le nombre de salariés dans les cabinets dentaire.

⁵²² Réponse du syndicat DSI au Président de France 2 datée du 12 Mai 2010 ayant pour objet le magazine Envoyé spécial portant sur « les céramiques chinoises posées en France ».

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

Tableau 23: Nombre de salariés au sein des cabinets dentaires en 2012⁵²³.

	Nombre	Variable
Chirurgiens-dentistes libéraux	37 000	
Chirurgiens-dentistes Employeurs	24 500	66% des chirurgiens-dentistes
Salariés tous postes	47 900	1,95 salarié par employeur
Assistants dentaires/ Aides dentaires	20 100	42% des effectifs salariés

Une majorité des praticiens est donc employeur.

336.- Certains actes techniques doivent se réaliser à 4 mains.

L'assistante limite les risques au fauteuil, les lésions des tissus mous accidentelles lors des tailles de dents, les ingestions accidentelles de débris ou d'instrument, les infiltrations de salive sous une obturation qui doit être étanche ...

D'autre part il est nécessaire de déléguer le secrétariat, l'administratif et les tâches de stérilisation pour optimiser la qualité, la chaîne d'asepsie et la rentabilité d'un exercice⁵²⁴.

⁵²³ Observatoire des Métiers dans les Professions Libérales, « Cabinets dentaires : de l'état des lieux à la prospective », Etudes, Juill. 2012.

⁵²⁴ L'assistant(e) dentaire qualifié(e) est chargé(e) d'assurer l'accueil des patients et d'assister au fauteuil le praticien et d'assurer les opérations annexes liées à ces fonctions. A ce titre, il, ou elle :

« Décontamine, nettoie, stérilise et range le matériel ;

Prépare tous les matériaux employés en art dentaire ;

Connaît l'indication et l'emploi des instruments nécessaires aux divers actes opératoires;

Développe, identifie et classe les clichés radios;

Prépare les dossiers administratifs ou médicaux (y compris les dossiers informatiques) ;

Assure la liaison avec les laboratoires de prothèse, rédige notamment les fiches de travail, expédie et réceptionne les travaux;

Collabore à l'éducation des patients en matière d'hygiène bucco-dentaire ;

Peut, à partir des empreintes effectuées par le praticien, préparer (à l'exclusion de tous travaux prothétiques) les moulages d'étude et de travail;

Peut, à partir des points anatomiques déterminés par le praticien, effectuer les tracés céphalométriques dont l'analyse appartient au seul praticien;

Sous la surveillance, et après l'intervention du praticien, prépare les auxiliaires extra buccaux, en montre l'utilisation aux patients et contrôle, en outre, leur coopération ».

Source : [<http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/chirurgiens-dentistes/securisez-votre-exercice/divers/assistante-dentaire.html>], page consultée le 5 Déc. 2013.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

337.- Le rôle de l'assistante est parfois bien plus que technique, elle intervient également dans la gestion émotionnelle du patient et parfois devient médiateur des conflits au sein de la relation de soin.

Les charges de personnel, apportant un avantage lors du déroulement des soins, peuvent donc à notre sens être une valeur ajoutée à un travail et donc induire une répercussion sur les honoraires sans que cela prête à discussion.

Les patients oublient trop souvent ce point lors de l'appréciation des honoraires d'une prestation.

§2 Les investissements en matériel

338.- Le coût du prothésiste est une part importante pour les travaux de prothèses.

Les appareils de radiologie, les périphériques divers, les instruments rotatifs, ont des coûts importants.

Tous ces éléments placent le praticien dans une position différente du médecin généraliste par exemple.

Le taux de charges par rapport aux autres professions est exposé dans ce tableau récapitulatif que nous avons déjà évoqué en introduction.

Il semble intéressant d'approfondir notre première analyse.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

Tableau 24: Taux de charges moyen des professionnels de santé en pourcentage des honoraires nets de débours et rétrocessions (recettes nettes)⁵²⁵.

Sources : BNC 2035 DGFIP-Insee, exploitation DREES

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Omnipraticien	43,8	42,6	44,3	44,4	43,8	43,3
Anesthésiste	34,4	34,4	34,3	34,8	33,6	34,1
Cardiologue	46,2	45,9	45,3	45,7	45,1	45,7
Chirurgien *	46,0	46,1	45,9	46,0	45,5	47,2
Dermatologue	50,9	51,3	50,9	52,8	53,2	52,1
Gastro-entérologue	48,2	48,0	47,7	48,6	48,0	47,0
Gynécologue	50,1	49,8	50,4	50,6	50,8	50,9
Ophtalmologue	47,3	47,2	46,7	47,1	46,9	47,1
ORL	50,0	49,7	49,5	50,8	50,2	49,2
Pédiatre	46,4	44,9	46,4	45,6	44,7	45,7
Pneumologue	50,5	50,2	49,5	49,6	48,8	48,7
Psychiatre **	44,7	44,4	43,3	43,4	44,5	44,0
Radiologue	55,6	55,3	55,2	56,1	55,4	55,9
Rhumatologue	50,4	50,2	49,9	52,1	50,9	49,1
Stomatologue	54,9	54,5	54,2	55,5	56,1	55,3
Ensemble des médecins	46,3	45,4	46,2	46,5	46,0	45,9
Chirurgien-dentiste	60,5	60,2	60,2	61,1	62,3	61,8
Infirmier	39,2	37,8	37,6	38,4	38,9	38,1
Masseur-kinésithérapeute	46,8	47,0	47,0	47,4	47,8	46,9

* y compris chirurgiens orthopédistes

** y compris neuro-psychiatres

Les chiffres sont relativement stables et les chirurgiens-dentistes ont un taux de charges qui dépasse de 18% celui des médecins et même supérieur à celui des stomatologistes qui ont une activité de dentisterie centrée sur la chirurgie buccale.

Même les radiologues ont systématiquement un taux de charge moins élevés, spécialité d'ailleurs très souvent organisée en SELARL afin d'optimiser l'utilisation d'un plateau technique commun.

Cette proportion peut s'expliquer par la diversité des actes pratiqués en dentisterie, chacun nécessitant un appareil coûteux spécifique à sa réalisation.

Citons par exemple pour :

L'Endodontie : moteurs et détecteur d'apex (Endomaster, EMS, 2999 Euros)

La Parodontie : curettes (55,44 Euros l'unité, Curettes HUE FRIEDY, quatre formes sont

⁵²⁵ V. BELLAMY, H. FRECHOU, « Les revenus libéraux des professionnels de santé », DREES série sources et méthodes, document de travail n°16, Juill. 2010, p. 16.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

nécessaires au minimum) , instruments de lithotritie (Piezon Master Standard : 3800 Euros).

L'Implantologie : moteur et trousse implantaire (Moteur de chirurgie SURGIC PRO non lumière avec contre-angle SG20 NSK : 5 790 Euros)

La Prothèse : matériaux d'empreinte (silicone de deux viscosité : *Aquasil Putty* : 532 Euros les 4 lots de Base et Catalyseur et 127 euros le lot de 4 cartouches de *Light*), coûts de laboratoire...

L'Odontologie conservatrice : Teintes de résines composites (seringue de 3 g *Tetric Evoceram Ivoclar Vivadent* : 60,10 l'unité, nombre de seringues de différentes teintes nécessaires 4 au minimum A1 A2 A3 B2. Lampe à photopolymériser (lampe *Bluephase Ivoclar Vivadent*, 1530 euros)

Le matériel de stérilisation : autoclave (autoclave Nouvel E9 Recorder 24L EURONDA : 8799 Euros), thermosoudeuse (soudeuse 2000 Henry Schein : 690 Euros)⁵²⁶.

Une création totale d'un cabinet dentaire avec du matériel élémentaire neuf avoisine 80'000 euros de matériel.

339.- Peu de patients connaissent le prix des instruments utilisés pour leurs soins, ce qui implique une incompréhension lorsque la profession explique comme nous l'avons démontré que les soins se font à perte (si exécutés correctement).

Pourtant, pour l'entreprise dentaire, les appareils et consommables représentent un poids non négligeable à prendre en considération dans l'établissement des honoraires.

§3 La TVA, prochaine valeur ajoutée d'un traitement dentaire?

340.- Le praticien exerçant une activité de soins est exonéré de TVA en vertu de l'article 261-4-1 du Code général des impôts.

Cette spécificité s'applique classiquement à l'ensemble des prestations à finalité

⁵²⁶ Exemples de prix issus du catalogue Henry Schein 2014 2015, hors promotion
Une grande partie des exemples correspondent à du matériel acheté au sein de notre établissement.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

thérapeutique⁵²⁷.

Seules deux hypothèses peuvent assujettir le praticien :

- Les missions d'expertises depuis le 1^{er} janvier 2014 sont soumises à TVA « *Les expertises médicales qu'elles soient réalisées dans le cadre d'une instance judiciaire ou dans celui d'un contrat d'assurance, sont soumises à TVA* »⁵²⁸.

Suite à l'application de l'arrêt *Unterpertinger*⁵²⁹, ce type de mission n'est plus envisagé comme faisant suite à une activité exonérée, qui de ce fait n'entraîne pas dans le champ d'application de la TVA.

- Le versement d'une rétrocession par un collaborateur

⁵²⁷ Code général des impôts Art. 261-4-1:

Sont à ce titre exonérés « les soins dispensés aux personnes par les membres des professions médicales et paramédicales réglementées, par les praticiens autorisés à faire usage légalement du titre d'ostéopathe ou de chiropracteur et par les psychologues, psychanalystes et psychothérapeutes titulaires d'un des diplômes requis, à la date de sa délivrance, pour être recruté comme psychologue dans la fonction publique hospitalière ainsi que les travaux d'analyse de biologie médicale et les fournitures de prothèses dentaires par les dentistes et les prothésistes ».

Notons que le prothésiste n'est pas concerné par l'application de la TVA, il s'agit pourtant d' « *une livraison de biens à titre onéreux* ».

Trois taux s'appliquent aux produits de santé : un taux spécial de 2,1 % (médicaments remboursables, associés à des produits de première nécessité), un taux de 10 % (médicaments non remboursables) et un taux normal de 20% (certains produits comme les pansements et crèmes).

Les appareils médicaux définis à l'article 30-0 A de l'annexe IV au Code général des impôts bénéficient d'un taux de TVA réduit de 5,5 % (certains appareillages pour les personnes handicapées, lecteurs de glycémie, seringues) d'une diminution de 0,5 point en 2014. Quant aux actes de chirurgie esthétique qui sont soumis à une TVA de 20%.

Le seul cas qui pourrait exposer le prothésiste est une position de négociant.

Les reventes en l'état de prothèses ou d'éléments séparés de prothèse sont soumises à la TVA lorsque qu'il n'intervient ni dans leur fabrication ni dans leur mise au point.

Il fait alors exécuter par un tiers la commande qu'il a reçue, fait plutôt exceptionnel en pratique.

Il est surprenant que l'extrapolation à la fourniture de prothèse dentaire n'ait jamais été envisagée à notre connaissance. Il s'agit bien d'un produit de santé au même titre que le médicament...Il ne serait pas étonnant, ni même injustifié que la question se pose un jour.

⁵²⁸ BOI TVA Champ 30-10-20-10, paragraphe 80, 23 Mai 2013, Revue de droit fiscal, 2013, n°22, actualité 290.

⁵²⁹ CJCE, 5^{ème} Ch, 20 Nov. 2003, aff C-307/01, « Peter Ambrumenil et dispute Résolution Services » et aff. C-212/01, « Unterpertinger », Revue droit fiscal, 2004, n° 15, comm. 407.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

Il appartient au titulaire du cabinet dentaire de régler la TVA à l'administration fiscale. Les redevances sont la contrepartie de la mise à disposition des installations d'un chirurgien-dentiste propriétaire au chirurgien-dentiste collaborateur, ce qui justifie l'assujettissement.

341.- Toutefois un arrêt du Conseil d'Etat du 5 juillet 2013 fait suite à la décision de l'administration fiscale et évoque l'application de la TVA chez les professionnels de santé en matière d'actes esthétiques⁵³⁰.

La mise en place de la TVA en médecine fait suite à la volonté d'uniformiser la fiscalité au sein de l'union européenne⁵³¹.

La CJCE s'est prononcée en 2003 concernant la condition tenant à la nature des soins. Elle a précisé que « *seules les prestations à finalités thérapeutiques entendues comme celles menées dans le but de prévenir, de diagnostiquer, de soigner et dans la mesure du possible de guérir des maladies ou anomalies de santé, sont susceptibles de bénéficier de l'exonération de TVA* »⁵³².

Le ministère de l'économie et des finances a publié le 27 septembre 2012, au Bulletin officiel des finances publiques, une nouvelle instruction sur le régime de la TVA affectant les professions médicales et paramédicales.

Il en résulte que les actes qui ne peuvent être considérés comme des soins car ils ne poursuivent pas une finalité thérapeutique doivent être soumis à la TVA.

« *En matière de médecine et de chirurgie esthétique les actes pratiqués par les médecins ne sont éligibles à l'exonération que dans la mesure où ils consistent à prodiguer des soins*

⁵³⁰ P. SARGOS, « *Le centenaire jurisprudentiel de la chirurgie esthétique : permanences de fond, dissonances factuelles et prospective* », Dalloz 2012 p. 2903.

⁵³¹ La directive européenne 2006/112/CE du 28 novembre 2006 relative au système commun de taxe sur la valeur ajoutée prévoit que toutes les opérations de livraison de biens, de prestation de service et d'importation des biens sont soumises à la taxe sur valeur ajoutée.

Les prestations de soins à la personne effectuées dans le cadre de l'exercice des professions médicales et paramédicales telles que définies par chaque état membre sont exonérées.

La fourniture de prothèses dentaires est concernée par ces exclusions.

⁵³² CJCE Affaires C-307/01 et C-212/01.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

au patient, c'est à dire lorsqu'ils poursuivent une finalité thérapeutique.

En revanche les actes qui ne peuvent être considérés comme des soins car ne poursuivant pas une finalité thérapeutique doivent être assujettis à la TVA »⁵³³.

La dentisterie n'est pas visée par cette mise en place.

342.- Le critère retenu par l'administration fiscale française est la prise en charge ou non par l'assurance maladie, se basant sur l'application du droit communautaire en matière de TVA⁵³⁴.

Le caractère pris en charge à l'avantage d'être simple et concret et évite la mise en place d'une liste fastidieuse d'actes.

343.- Par conséquent, les seuls actes qui ne bénéficient pas de l'exonération de TVA sont ceux qui ne sont pas pris en charge totalement ou partiellement par l'Assurance maladie.

Les groupes de travail mis en place pour mettre sur pied l'application n'ont pas intégré

⁵³³ RES n° 2012/25 (TCA) du 10 avril 2012 : Conditions d'éligibilité des actes de médecine et de chirurgie esthétique à l'exonération de TVA prévue par le 1° du 4 de l'article 261 du CGI.

⁵³⁴ L'article 13, A, § 1, c, de la directive 77/388 précisait qu'étaient exonérées de la TVA « *Les prestations de soins à la personne effectuées dans le cadre de l'exercice des professions médicales et paramédicales telles qu'elles sont définies par l'Etat membre concerné* ».

Cette formulation est reprise à l'identique par l'article 132, 1, c, de la directive 2006/112 précitée. Par conséquent, les interprétations données par la CJUE sur la base de la directive abrogée de 1977 restent pertinentes pour celles de 2006. Or, saisie à plusieurs reprises de questions préjudicielles sur la portée de l'exonération au titre de la disposition susvisée, la CJCE a pris position.

Par l'arrêt Kügler 10 septembre 2002 (aff. C-141/00, RTD eur. 2004. 135, chron. D. Berlin), la CJCE rappelle d'abord que « les exonérations constituent des notions autonomes du droit communautaire » (§ 25). Puis elle considère, comme dans un arrêt du 14 septembre 2000 (aff. C-384/98, D. 2000. 266, et les obs. ; RTD civ. 2001. 117, obs. J. Hauser ; RTD eur. 2002. 579, chron. D. Berlin), que la notion de prestations de soins à la personne - exonérées donc du régime de la TVA - « *ne se prête pas à une interprétation incluant des interventions médicales menées dans un but autre que celui de diagnostiquer, de soigner et, dans la mesure du possible, de guérir des maladies ou anomalies de santé* » (§ 38).

Elle décide que l'exonération de la TVA « *s'applique aux prestations de soins à caractère thérapeutique effectuées par une société de capitaux gérant un service de soins ambulatoires, fournies, y compris à domicile, par du personnel infirmier qualifié, à l'exclusion des prestations de soins généraux et d'économie ménagère* » (§ 41).

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

de syndicats dentaires et seule la médecine a été visée.

344.- Si l'harmonisation européenne devait s'approfondir nul doute que les actes d'éclaircissement dentaire, les facettes collées, les injections d'acide hyaluronique y seraient soumis.

Imaginons que le seul critère de prise en charge ou non par l'assurance maladie devait persister, d'autres actes tels que les implants, couronnes transitoires, ou encore surfaçages y seraient soumis, incluant dès lors un surcoût pour des soins...très probablement transféré à la charge du patient comme cela s'est passé en médecine esthétique.

Davis Jacotot propose le raisonnement suivant appliqué au soin dentaire, adaptant ainsi l'arrêt du Conseil d'Etat de 2013 à notre pratique⁵³⁵ :

- « - *Si l'acte dentaire est un acte de chirurgie esthétique;*
- *cet acte n'est pas pris en charge;*
- *donc il est soumis à la TVA ».*

L'article R. 6322-1 du Code de la santé publique définit comme il suit un acte esthétique :
« *Les actes chirurgicaux tendant à modifier l'apparence corporelle d'une personne, à sa demande sans visée thérapeutique ou reconstructrice* ».

Selon cette interprétation, certains actes dentaires sont directement visés. Il semble que l'administration fiscale ait pour le moment oublié la dentisterie...

§4 Les charges et la rémunération du praticien

345.- Les chirurgiens-dentistes perçoivent en moyenne 92.567 euros selon les chiffres de la Caisse autonome de retraite des chirurgiens-dentistes et sages-femmes (CARCDSF) cités par Le Figaro.

Soulignons quelques disparités.

16,5% des chirurgiens-dentistes ont touché moins de 38.040 euros (soit 3170 euros par

⁵³⁵ D. JACOTOT D. « *TVA sur les actes esthétiques : l'implantologie aussi ?* » La Lettre n° 123 Déc. 2013, p 35- 38.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

mois) et 10,3% ont gagné plus de 190.200 euros (soit 15 850 euros par mois)⁵³⁶.

Les praticiens de moins de 35 ans ont un revenu de 33 % inférieur à la moyenne⁵³⁷.

Pour une même profession l'écart de revenu peut atteindre un facteur cinq...

Il est donc difficile de généraliser.

346.- Le tableau suivant offre une comparaison avec les médecins.

Tableau 25: Revenu libéral moyen des professions de santé⁵³⁸. (Source : Drees)

Revenu libéral moyen des professions de santé

	Revenu annuel par tête en milliers d'euros courants		Évolution (en euros courants) 2010/09 (p)	Poids des dépassements en 2010
	2009 (p)	2010 (p)	en %	en %

1. Y compris chirurgiens orthopédistes.

Champ : France métropolitaine ; ensemble des médecins ayant perçu au moins un euro d'honoraires au cours de l'année.

(p) Résultat provisoire.

Omnipraticiens	73	71	-1,7	4,3
Spécialistes				
Radiologues	217	218	0,4	4,0
Chirurgiens ¹	130	132	1,9	31,9
Ophtalmologues	139	146	4,6	25,3
Cardiologues	118	121	2,3	4,0
Gynécologues	86	88	2,2	29,5
Pédiatres	71	71	-0,2	16,7
Ensemble des médecins	94	94	0,5	11,7

⁵³⁶ Le Figaro.fr, M. THEOBALD, « Combien gagnent réellement les dentistes ? », 12 Avril 2015.

[<http://www.lefigaro.fr/conjoncture/2015/04/12/20002-20150412ARTFIG00002-combien-gagnent-reellement-les-dentistes.php>], page consultée le 15 Août 2015. L'étude s'appuie sur des chiffres de 2013.

⁵³⁷ *Idem*.

⁵³⁸ INSEE, Etudes, Personnel et équipements de santé, Fév. 2012.

[http://www.insee.fr/fr/mobile/etudes/document.asp?reg_id=0&id=3510], page consultée le 16 Août 2015.

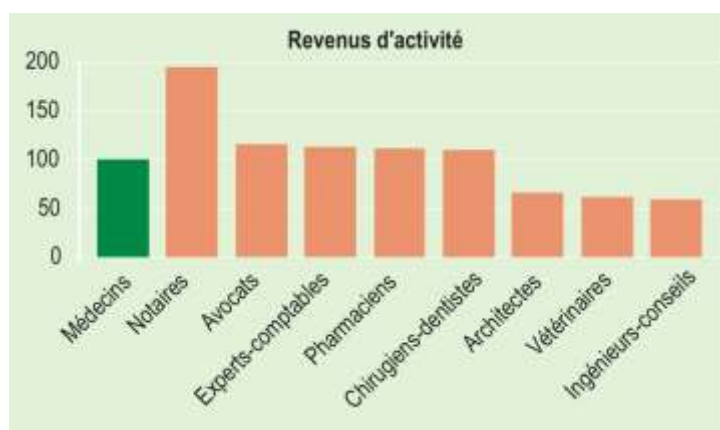
Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

Revenu libéral moyen des professions de santé

	Revenu annuel par tête en milliers d'euros courants		Évolution (en euros courants) 2010/09 (p)	Poids des dépassements en 2010
	2009 (p)	2010 (p)	en %	en %
Chirurgiens-dentistes	87	89	3,0	...
Infirmiers	44	46	3,6	...
Masseurs - kinésithérapeutes	39	39	0,3	

Les chiffres sont similaires à ceux donnés par la CARDSF.

347.- Le tableau suivant analyse les écarts avec les autres professions de niveau d'étude relativement similaires⁵³⁹.



Graphique 6: Comparaison des revenus des médecins libéraux à ceux d'autres professions libérales.

Base 100 : ensemble des médecins libéraux

Champ : personnes de 35 à 64 ans exerçant une professions libérale appartenant à la catégorie des cadres et professions intellectuelles supérieures.

Sources • Enquêtes Revenus fiscaux de 1996 à 2002, INSEE-DGI, exploitation DREES.

Cette évaluation des revenus présente quelques écueils, notamment compte tenu des grandes disparités comme nous l'avons vu au sein d'une même profession.

Toutefois, ce graphique permet de noter que la rémunération paraît relativement

⁵³⁹ « Comparaison des revenus des médecins libéraux à ceux des autres professions libérales et des cadre », DREES, Etudes et résultats n° 578, juin 2007.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

homogène à celles des autres professions libérales pour un niveau d'étude similaire.

Il est cependant toujours regrettable que les revenus ne soient pas rapportés à un nombre d'heure de travail. Ces chiffres doivent donc être interprétés avec la plus grande précaution.

348.- Le poids des dépassements d'honoraires dans les revenus est intéressant à comparer avec celui des médecins.

Pour les chirurgiens-dentistes, environ 46 % des honoraires sont constitués de dépassements, 58 % pour ceux qui sont spécialisés.

Ces dépassements correspondent aux actes non opposables ou non pris en charge par l'assurance maladie (prothèses et parodontie pour la majorité)⁵⁴⁰.

La part de revenus imputable à ces actes correspond quasiment à la moitié du revenu total, surpassant de beaucoup les médecins.

Une conclusion hâtive inviterait à penser que travailler sans dépassements d'honoraire ne permet pas de tirer de revenu de son activité professionnelle.

349.- Le revenu d'un praticien s'évalue de la façon suivante⁵⁴¹ :

⁵⁴⁰ Guide pratique de la relation client, factographie chirurgiens-dentistes, Ed. Factorielle, p. 3, [http://www.factorielles.fr/factographies/CHIR_DENT.pdf], page consultée le 16 Août 2015.

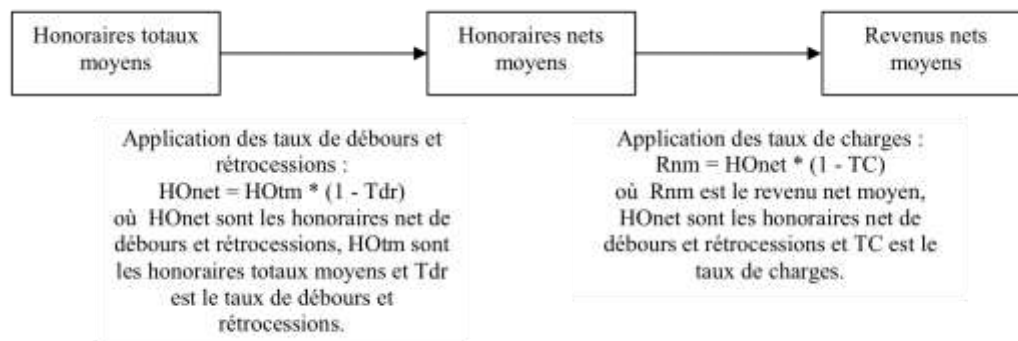
Les revenus tirés de l'activité hors nomenclature sont toutefois difficiles à quantifier de façon précise, ce qui peut expliquer les variations d'estimations des revenus réels selon les sources.

Lire à ce sujet :

Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2010, chapitre XIII: les soins dentaires, La Documentation française, septembre 2010, p.333.

⁵⁴¹ V. BELLAMY, H. FRECHOU, « Les revenus libéraux des professionnels de santé », DREES série sources et méthodes, document de travail n°16, Juill. 2010, p. 15. Ici il s'agit des praticiens exerçant en nom propre, le cas de la rémunération des praticiens exerçant en société commerciale ne sera pas abordé dans nos développements puisqu'il concerne une minorité de structure.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique



Aux honoraires totaux, le schéma précédent de la DREES enlève la part correspondante au travail des remplaçants ainsi que la part des débours, sommes payées par le professionnel pour le compte de ses clients (par exemple, un chèque sans provision).

350.- Investir signifie logiquement diminuer le bénéfice et donc le revenu.

Le revenu est directement grevé par le taux de charge, qui a une partie fixe, mais également une partie variable selon les besoins et la qualité, la technicité de la pratique.

Ainsi pour travailler de la façon la plus moderne, avec des matériaux de qualité, le praticien peut :

- diminuer son revenu net moyen.

En acceptant de se « faire plaisir » dans sa pratique, il diminue les revenus utilisables à des fins personnelles

ou

- augmenter ses honoraires pour en compenser le coût.

Toutefois la reconnaissance de l'augmentation de la qualité des soins est limitée comme nous le verrons par la suite.

A partir de quel seuil ces investissements peuvent-ils être considérés comme une valeur ajoutée à un travail?

Section 3 La difficile valorisation de la qualité de ses soins

351.- En guise d'entrée en matière, citons les restaurateurs qui ont eu paradoxalement la même difficulté à démontrer la valeur ajoutée d'un travail de qualité.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

Le label « fait maison » a été proposé pour distinguer les « vrais » cuisiniers des autres par quinze grands chefs, dont Alain Ducasse et Joël Robuchon, car *« aujourd'hui le commun des mortels ne sait pas sur quoi il va tomber quand il pousse la porte d'un restaurant (...) Sur les 150 000 restaurants français, les trois quarts ne font que de l'industriel. Les autres se battent pour cuisiner des produits frais. C'est à eux que nous nous adressons »*⁵⁴².

Pour Thomas Thévenoud, député de Saône et Loire, *« il s'agit de défendre les restaurateurs qui ne sont pas des réchauffeurs ni des assembleurs »*. Pour lui, *« la transparence dans les assiettes »* est aussi un enjeu important en termes d'emplois, car *« la masse salariale est directement corrélée au taux de "fait maison", le fait maison nécessitant davantage de main d'œuvre en cuisine »*⁵⁴³.

Le Sénat n'a pas validé le caractère obligatoire de la mention mais nous nous rendons compte qu'il est dans les préoccupations de chaque artisan de faire entendre aux consommateurs / patients les différences de qualité.

352.- La visite des stands lors du congrès national des chirurgiens-dentistes⁵⁴⁴, permet de se rendre compte à quel point les technologies modernes ont envahi le milieu dentaire.

Les techniques d'empreintes optiques, les systèmes de grossissements pour mise en place de microchirurgie ou micro dentisterie, les appareils de radiologie précis et à faible émission de rayonnement, sont autant de nouveautés qui permettent la mise en place de traitements peu invasifs et plus confortables pour le patient.

Au milieu des représentants de matériel dentaire, les banques et les sociétés proposant des crédits bail sont intégrées à la manifestation.

En effet, les prix de ces nouvelles technologies sont si importants qu'ils justifient le recours à un financement échelonné.

⁵⁴² Cité par J-C RENARD dans : « Arrière-cuisines: Enquête sur les petits secrets de la gastronomie française », Chapitre VI : Des restaurants sans cuisiniers, Quid du certifié « fait maison », Ed. La découverte, 2014, p. 131.

⁵⁴³ Le Monde.fr, P. Euzen « *Le label "fait maison" dans les restaurants retoqué au Sénat* », 13 Sept. 2013.

⁵⁴⁴ L'Association Dentaire Française propose un congrès annuel national très fréquenté et attendu par la profession.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

Citons le prix de quelques articles souvent présents dans les cabinets dentaires :

Matériel indispensable

Turbine moyenne gamme : 1000 à 1500 euros

Fauteuil dentaire : environ 20 000 euros

Lampe à polymériser : environ 1000 euros

Matériel indispensable pour micro dentisterie et endodontie

Microscope Leila : environ 10 000 euros

Loupes ou aides optiques : environ 2000 euros

Matériel nouvelle technologie pour améliorer le confort du patient

Anesthésie ostéocentrale (indolore et plus efficace) , type *Quicksleeper** (environ 4500 euros)

Système d'empreinte optique avec système d'usinage type CEREC (environ 80 000 euros...).

§1 La trop rare présence du critère qualité

353.- Dans la jurisprudence, l'argument de matériel de qualité est rare.

A notre connaissance, le caractère élevé ou non des honoraires n'a jamais été remis en relation avec une technique particulière ou la mise en place de matériel coûteux pour le praticien.

Il repose donc sur les épaules du praticien de démontrer et de valoriser la qualité de son travail, sans dériver vers des pratiques commerciales.

Les investissements n'impliquent en effet pas tous une hausse de la production vendue mais le plus souvent ont pour objectif une augmentation de la qualité des soins.

Une salle de stérilisation très moderne n'ajoutera pas de recette, mais éventuellement libérera un peu plus de temps au personnel ou ajoutera un avantage en terme d'image du cabinet.

Un réchauffeur de carpules et des aiguilles pour l'anesthésie un peu plus chères diminueront la douleur de l'injection.

Cette valeur ajoutée ne peut de plus pas toujours augmenter le prix de la prestation puisque certains actes sont plafonnés.

La profession doit donc trouver une stratégie commerciale pour tirer un bénéfice de ces achats.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

§2 Le coaching : une solution ?

354.- « *Eclos le praticien, chef d'entreprise, qui recherche la rentabilité, la productivité et qui se familiarise avec les impératifs de gestion, par exemple du temps de travail, et de marketing* »⁵⁴⁵.

Les groupes Edmond Binhas, IDO Santé, Efficience, etc., sont les principaux prestataires d'une offre de formation et de conseil en organisation et *management*.

L'objectif affiché est d'augmenter la rentabilité du cabinet dentaire afin de rendre son exercice professionnel attractif, en permettant au praticien d'avoir du matériel et une pratique sereine et agréable tout en conservant un niveau de revenu élevé.

Plutôt que le terme de rentabilité, ces structures utilisent souvent le terme d'efficience, plus approprié lorsqu'il s'agit de qualifier une pratique réputée « déontologique » au service du patient uniquement.

D'autres proposent des systèmes d'accompagnements destinés à se perfectionner dans les actes les plus rentables.

A/ Les limites

355.- Le *coaching* doit cependant rester relativement théorique, éloigné du « terrain »...

Le cas de l'implantologie a récemment soulevé des questions.

Une société proposait une intervention du formateur au sein du cabinet du participant sur les patients de ce dernier et moyennant une ventilation des honoraires.

20% des honoraires réglés par les patients rétribuaient les formateurs.

Un tel système contrevient aux articles du Code de la santé publique réglementant le partage des honoraires⁵⁴⁶ et le compéage⁵⁴⁷.

Si le dispositif de règlement est totalement contraire aux différentes dispositions

⁵⁴⁵ D. JACOTOT, « *Le praticien et les conditions d'exercice actuelles* », Bull. Acad. Natle Chir. Dent., 2005, p. 45-51.

⁵⁴⁶ CSP Art. R 4127-210.

⁵⁴⁷ CSP Art. L 4163-4 ; R. 4127-221 et R. 4127-224.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

législatives, ce type de démarche procure au praticien en formation une sécurité lors de la réalisation de nouveaux gestes.

La condamnation ordinale est ferme⁵⁴⁸, cependant cette démarche de *coaching* n'est pas inintéressante, d'autant que l'objectif n'est ici pas uniquement mercantile.

356.- En effet la formation continue dans sa forme actuelle est imparfaite en termes d'apprentissage clinique.

Entré en vigueur en janvier 2012⁵⁴⁹, le développement professionnel continu (DPC) est un dispositif d'amélioration continu de la qualité et de la sécurité des soins.

L'objectif est de coupler une formation théorique à une analyse de sa pratique⁵⁵⁰.

Ces formations n'incluent souvent que de la théorie.

Les enseignements cliniques se font principalement dans les centres de soin universitaires laissant une partie des praticiens à l'écart pour des raisons géographiques et de places limitées.

La dentisterie est avant tout une discipline manuelle contrairement à la médecine générale.

Les solutions de *coaching* comme un accompagnement sont plébiscitées par la profession.

Le système de compagnonnage offre l'opportunité d'assurer la sécurité pour le « patient test » et d'offrir un cadre rassurant pour les progrès du praticien.

Le compérage est ici destiné à servir un objectif qualité.

Ce point mériterait d'être discuté pour moderniser et adapter réellement l'offre de formation.

⁵⁴⁸ La Lettre n° 121, Fév. Mars 2014, p. 24.

⁵⁴⁹ Cette obligation individuelle a été mise en place par l'article 59 de la loi n° 2009 879 du 21 juillet 2009 dite Loi HPST.

⁵⁵⁰ Seulement 13 % des chirurgiens-dentistes libéraux ou exerçant dans des centres de santé conventionnés ont répondu à leurs obligations en la matière en 2013.

[http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/chirurgiens-dentistes/formation-continue/toute-lactualite-sur-la-formation-continue/detail-de-toute-lactualite-sur-la-formation-continue.html?tx_ttnews%5Btt_news%5D=461&cHash=b34ae80e2288b41e1a3070c816cd62d4].

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

B/ Le coaching toléré

357.- Un autre type de *coaching* s'intéresse à l'organisation de la vie quotidienne du cabinet et fait appel à des notions de gestion, de *management*, voire de *marketing*.

Efficiencia par exemple propose un « accompagnement personnalisé » du cabinet avec analyse de la structure en matière d'organisation, de gestion, d'ergonomie.

L'efficiencia est la capacité à obtenir un résultat à l'aide de ressources.

Elle se mesure sous la forme d'un ratio entre les résultats obtenus et les ressources utilisées⁵⁵¹.

Pour un cabinet dentaire ce résultat s'exprime sous forme monétaire, et s'assimile ainsi largement à la notion de rentabilité permettant de ce fait un aperçu quantifiable.

La rentabilité est en fait le ratio entre les revenus obtenus et les capitaux investis.

L'emploi de ce terme se justifie donc uniquement par le politiquement correct.

§2 La rentabilité au quotidien

Le praticien est schématiquement face à trois configurations

- les investissements au service d'actes opposables;
- les investissements au service d'actes non opposables;
- les investissements au service d'actes non pris en charge.

358.- Les actes opposables posent le plus de question en termes de rentabilité.

Compte tenu de l'absence de dépassement possible sur cette catégorie d'acte il est impossible de rentabiliser les investissements « optionnels ».

Notre exemple de traitement de racine, s'il est fait de façon conforme aux données acquises de la science, se réalise à perte si l'on considère le tarif opposable.

Si le praticien met en plus en œuvre les techniques les plus performantes pour le bien de son patient (achat d'un microscope opératoire, système d'instrumentation à usage

⁵⁵¹ B. PIGE, « *Management et contrôle de gestion* », Nathan, 2008, p. 9.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

unique, systèmes d'obturation canalaire type Thermafil par exemple), comment peut-il assurer la pérennité de son entreprise ?

A/ Le dépassement sur l'acte opposable.

Les paramètres justifiant un dépassement ne sont pas remplis mais le praticien réalise tout de même un dépassement.

Dès lors même si un devis a été établi, le praticien est dans l'illégalité si ce dernier est conventionné.

En cas de défaut de paiement, ou de survenue d'une erreur ou d'un aléa dans la conduite des soins, le praticien ne peut se prévaloir d'un accord financier avec le patient.

Un arrangement avec le praticien conseil du département peut être oralement conclu, notamment pour les traitements de racine, mais cet accord est *a priori* et son caractère aléatoire est risqué, pouvant être remis en cause.

B/ L'acte fait à perte.

359.- Il semble difficilement envisageable de ne réaliser que des actes à perte, cela reviendrait à mettre en péril la santé de l'entreprise... et le niveau de vie du praticien.

Cette possibilité n'est pas viable sur le long terme.

Elle doit rester ponctuelle, souvent encouragée par les affinités liées avec un patient.

C/ Le transfert de charge vers un autre acte.

360.- Cette solution est largement appliquée lors de discussions informelles entre praticiens.

Les honoraires des actes non opposables et hors nomenclature sont donc victimes de ce transfert de charge et servent à compenser le travail à perte ou de faible rentabilité.

Cette dernière solution est répandue, pour ne pas dire systématique et explique en grande partie la disparité entre les tarifs de soins et de prothèses, implantologie, parodontie ou de dentisterie esthétique.

361.- Ce transfert de charge s'envisage dans certains cas vers un acte complémentaire au traitement proposé.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

Par exemple une reconstruction pré endodontique avec la mise en place d'un traitement canalaire pour faciliter la pose de la digue dentaire lorsque la dent est délabrée à ras de la gencive sera facturée.

Dans le cas du détartrage une élimination des taches superficielles par aéro-polissage peut être facturée en plus du traitement conventionnel par ultrason.

La CCAM facilite le transfert de charge en proposant une cotation pour tous ces actes périphériques, ouvrant la porte à une facturation complémentaire⁵⁵².

Cependant l'acte est réputé global, c'est à dire que tous les actes mis en œuvres pour le préparer ou en assurer sa qualité sont compris dans les honoraires prévus à la nomenclature. C'est par exemple l'anesthésie qui est comprise dans les honoraires d'une extraction.

362.- Une autre solution plus courante est appliquée : le transfert vers l'acte prothétique qui en général suit le traitement endodontique.

Certains praticiens font même signer un devis pour la couronne dentaire, prennent donc en quelque sorte un engagement du patient (somme toute révoicable à tout moment) avant de réaliser un acte fastidieux et exigeant en temps et en technique.

En cas de non signature, il ne réalise pas le traitement puisqu'il suppose qu'il ne compensera pas la perte financière occasionnée.

D'un point de vue historique, les actes non opposables ont justement été mis en place pour conserver une certaine liberté tarifaire et permettre une adaptation au cas par cas des honoraires.

Il va de soi que sans un transfert de charge vers les actes dits non opposables le patient ne peut bénéficier de ces avancées techniques car un des buts du praticien libéral, comme de tout travailleur indépendant, est de tirer un bénéfice de son travail.

⁵⁵² C'est le cas d'une reprise de traitement de racine, c'est à dire la désinfection des canaux dentaires déjà traités une première fois. Par exemple l'élimination d'un tenon métallique est maintenant codée, ouvrant à une facturation complémentaire à la reprise de traitement.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

363.- Schématiquement le praticien investit dans le but d'améliorer sa pratique, espérant apporter un meilleur service au patient, mais rentabilisant ses investissements en augmentant ses honoraires libres.

Ce système de transfert de charge permet la viabilité économique du cabinet dentaire.

Le problème repose en fait sur la prise en charge des actes dont les honoraires sont alourdis.

Dès lors nous pouvons nous poser plusieurs questions.

Doit-on incriminer les praticiens qui, conscients qu'ils dirigent une entreprise, alourdissent le reste à charge pour conserver une marge ?

Où l'assurance maladie obligatoire, qui demande de faire des soins de qualité même à perte ?

Est-ce le rôle de l'assurance maladie complémentaire de compenser le désengagement de cette dernière?

Où finalement, le patient ne devrait-il pas accepter que la santé ne peut plus être gratuite⁵⁵³ ?

Avant de tenter de répondre à ces questions il semble opportun d'analyser en pratique le comportement des chirurgiens-dentistes, légal ou non, compte tenu des éléments économiques précédemment évoqués.

⁵⁵³ Lire à ce sujet : G. VALLANCIEN « La santé n'est pas un droit : Manifeste pour une autre médecine », Ed. François Bourin Editeur, Coll. Document, 2007, 199p.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

Chapitre 2 La tentation de la rentabilité à outrance

Plusieurs solutions s'offrent au praticien désireux d'augmenter son chiffre d'affaire et sa marge.

Une sélection des actes et des patients permet d'éliminer les gestes moins intéressants financièrement.

Il est également tentant de glisser vers des pratiques frauduleuses...de l'optimisation de la nomenclature à l'invention de charges pour diminuer le bénéfice imposable.

Section 1 Modifier sa pratique et sa patientèle

L'asymétrie d'information entre le praticien et son patient facilite la réalisation d'une activité supérieure à celle requise par les besoins de ses patients. Il est d'autant plus facile d'ajuster son revenu réel à son revenu désiré⁵⁵⁴.

§1 Une influence sur l'option thérapeutique

364.- Il s'agit de choisir pour son patient la solution la plus rentable et non la plus adaptée à la situation clinique.

Le dentiste est parfois décrit comme un « *très bon commercial car il doit vendre ses prestations* » !⁵⁵⁵

L'implantologiste extraira alors des dents considérées comme incertaines, posant à la place des implants dont il tirera un bénéfice lorsque l'omnipraticien conservera et surveillera.

Il n'est pas rare que nos patients adressés pour un implant chez un spécialiste reviennent avec un devis plus important pour en poser plusieurs.

⁵⁵⁴ P. BATIFOULIER, J-P DOMIN, M. GADREAU, « *Mutation du patient et construction d'un marché de la santé. L'expérience française* », Revue Française de Socio-Économie, 2008/1 (n° 1), p. 27-46.

⁵⁵⁵ Guide pratique de la relation client, factographie chirurgiens-dentistes, Ed. Factorielle, p. 17, [http://www.factorielles.fr/factographies/CHIR_DENT.pdf], page consultée le 16 Août 2015.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

365.- D'autres orientations de la pratique vers des actes rentables sont plus atypiques.

C'est le cas de la dentisterie holistique qui répond certes à la demande d'une catégorie de patientèle mais qui n'est pour le moins pas conforme aux données acquises de la science.

Un praticien condamné⁵⁵⁶ a mis en place dans son cabinet une approche basée sur «l'énergétique» et l'approche «holistique».

Son activité s'exerce en relation avec un « Centre H. » qui pratique le « rééquilibrage énergétique », la « dentisterie énergétique » et la « psychothérapie ».

Selon des témoignages de patients rapportés dans la plainte du Conseil départemental, le Docteur B. pratique la « dentosophie » où « la dentisterie rejoint la psychothérapie » et propose des séances de « kinésiologie décodage ».

En l'espèce une plainte a été déposée à son encontre pour des traitements prothétiques défectueux pour un montant global de 8 500 Euros.

L'intéressé a réglé des séances de kinésiologie d'un montant de 80 Euros par séance et un nouveau devis d'un montant de 5 000 Euros pour de nouvelles prothèses, en indiquant au patient qu'il faisait un « rejet de bridge » et en l'invitant à prendre connaissance d'un ouvrage sur la symbolique des dents.

Le praticien a par ailleurs exigé le paiement en espèces de certains soins et notamment des séances de kinésiologie.

Nous pouvons imaginer que ces sommes n'auraient pas été déclarées. Les règlements en espèces sont à ce propos parfois l'objet d'une petite réduction en échange de discrétion.

Le praticien a reçu une sanction de trois mois d'interdiction d'exercice dont deux avec sursis.

Ces praticiens « holistiques » sont bien sûr convaincus du bien-fondé et de l'efficacité des thérapeutiques énergétiques.

Néanmoins l'activité peut se révéler lucrative⁵⁵⁷.

⁵⁵⁶ Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, Audience publique du 8 septembre 2011 Décision rendue publique par affichage le 6 octobre 2011, Affaire : Docteur Jean-Marc B. Chirurgien-dentiste Dos. n°1916.

⁵⁵⁷ CA Aix-en-Provence – 20 janvier 2010 – n° 07/07898.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

Elle draine une patientèle souvent aisée, motivée, permettant de réaliser des actes à honoraires libres et rentables puisque n'utilisant que très peu de matériel⁵⁵⁸.

Il s'agit bien sûr d'une pratique très minoritaire mais elle montre la spécialisation de certains praticiens vers des activités rentables.

§2 La création d'un problème

A/ Des mutilations volontaires très lucratives

366.- Une revue de presse rapide montre à quel point il est courant de trouver des affaires de mutilation dentaire, systématiquement en vue de la pose de prothèses.

Voici quelques exemples parmi les plus récents :

« Paris : des dentistes soupçonnés de mutiler leurs patients

Deux praticiens officiant dans des centres de santé parisiens sont accusés d'abîmer des dents saines pour poser des prothèses. »⁵⁵⁹.

« Un dentiste accusé d'avoir mutilé ses patients de manière irréversible »

*« Un praticien de la Nièvre est accusé par pas moins d'une centaine de ses anciens patients »*⁵⁶⁰.

Dans cette affaire le praticien avait persuadé la patiente que la dépose de ses obturations métalliques et leur remplacement par des prothèses amélioreraient son diabète.

⁵⁵⁸ Plus récemment à Béziers, une ancienne praticienne radiée du tableau de l'ordre depuis plus de 10 ans a été condamnée à un an de prison avec sursis pour avoir proposé des consultations et des analyses payantes en médecine dentaire holistique.

Une fois le dossier du patient transmis par internet, elle donnait un diagnostic

« psychodentaire » payant envoyé ensuite par internet.

Le jugement en date du 2 février 2015 la condamne pour exercice illégal de la médecine et « *déclaration fausse ou incomplète pour obtenir d'un organisme de protection sociale une allocation ou prestation indues* » puisque son conjoint, l'aidant dans ses tâches, n'était pas déclaré en tant que salarié et qu'une partie des sommes n'était pas déclarée.

[<http://www.cippad.com/2015/04/pour-avoir-lu-des-dents-elle-rembourse.html>], page consultée le 15 Sept. 2015.

⁵⁵⁹ Le parisien.fr, « *Paris : des dentistes soupçonnés de mutiler leurs patients* », 15 Janv. 2013.

[<http://www.leparisien.fr/paris-75/paris-75008/des-dentistes-soupconnes-de-mutiler-leurs-patients-15-01-2013-2482043.php>], page consultée le 16 Août 2015.

⁵⁶⁰ SudOuest.fr, « *Un dentiste accusé d'avoir mutilé ses patients de manière irréversible* », 27 Mars 2013.

[<http://www.sudouest.fr/2013/03/27/un-dentiste-accuse-d-avoir-mutile-ses-patients-de-maniere-irreversible-1007416-7.php>], page consultée le 16 Août 2015.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

Dans les bouches du Rhône « **Deux dentistes ont fait fortune sur une fraude massive** »⁵⁶¹.

« Faux diagnostic, falsification de radios, mutilation de dents saines : tout était bon pour un duo de praticiens sans scrupules pour facturer des prothèses. »

Dans cette affaire le procureur décrit 94 appartements, un voilier, une flotte de véhicules de luxe (Porsche, Aston Martin, etc.) et des sociétés....preuve de la rentabilité d'une telle entreprise !

Dans toutes les affaires similaires, il s'agit aux termes de l'article 222-9 du Code Pénal de *«violences volontaires ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente »*.

Dans une décision du Conseil national de l'ordre, un montant d'honoraires de 2'126'060 Euros pour une période de 13 mois a été jugé *« radicalement incompatible avec la qualité et la justification des soins et révèle une pratique de la profession dentaire qui, de ce fait, est totalement inacceptable »*⁵⁶².

En l'espèce, le praticien procédait à des mutilations volontaires de dents, par *« éviction du paquet vasculo-nerveux et délabrement coronaire d'organes dentaires primitivement exempts de toute pathologie pulpaire et non délabrés ou intacts au plan des tissus durs coronaires »*

« Chacune de ces mutilations volontaires de dents a été suivie de la réalisation par le praticien d'une pulpectomie coronaire et radiculaire avec obturation des canaux et de la pose d'une couronne dentaire précédée parfois de la réalisation d'un inlay-core ».

Le praticien a bien sûr été radié du tableau de l'Ordre.

Citons également l'affaire du « dentiste de l'horreur », le docteur Van Nierop. Le praticien néerlandais installé en France dans un désert médical aurait provoqué des mutilations chez plus d'une centaine de patients entre 2008 et 2012.

L'indemnisation des patients est à ce jour remise en question, le praticien étant

⁵⁶¹ Lamarseillaise.fr, « Deux dentistes ont fait fortune sur une fraude massive », 30 Nov. 2012, [<http://www.lamarseillaise.fr/les-archives/item/4733-deux-dentistes-ont-fait-fortune-sur-une-fraude-massive>] page consultée le 15 Oct. 2013.

⁵⁶² Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, Audience publique du 6 juin 2013, Décision rendue publique par affichage le 4 juillet 2013, Affaire : Docteur C. CT Chirurgien-dentiste, Dos. n°2158.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

insolvable et son contrat d'assurance ayant été résilié pour fausse déclaration lors de la souscription.

Il a été mis en examen en mai 2013 par le parquet de Bourges pour « violences volontaires ayant entraîné une mutilation permanente », « escroquerie » et « faux et usage de faux ».

La profession tire les leçons de ce fait divers. Il avait en effet déjà été condamné aux Pays-Bas sans conséquences pour son inscription en France.

Un système de signalisation européen est en cours de réflexion⁵⁶³.

367.- D'autres affaires sont qualifiées d'escroquerie.

La 12^{ème} chambre correctionnelle de la Cour d'appel de Paris a considéré que constitue une tentative d'escroquerie⁵⁶⁴ le fait de persuader une patiente de la gravité et de l'urgence de son état, abusant de sa qualité de médecin, et d'accepter des travaux dentaires pour l'essentiel inutiles⁵⁶⁵.

Même si cela concerne une minorité de praticiens, les dommages sont irréparables pour les victimes et contribuent à donner une image désastreuse de la profession.

B/ La confraternité... ou la complicité ?

368.- Un praticien qui découvre qu'un confrère a réalisé une couronne manifestement mal ajustée, sur un traitement de racine très critiquable, ne dira souvent rien, respectant ses obligations de déontologie.

En effet les articles du Code de la santé publique relatifs aux relations entre confrères insistent tous sur la confraternité. Citons les articles suivants :

- Article R4127-259

« Les chirurgiens-dentistes doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité ».

- Article R4127-261

« Les chirurgiens-dentistes se doivent toujours une assistance morale. »

⁵⁶³ Conseil de l'Ordre National des chirurgiens-dentistes, La Lettre, « *Comment prévenir d'autres affaires Van Nierop ?* », 5 Janv. 2015.

⁵⁶⁴ C. Pén., art. 121-4, 121-5, 313-1.

⁵⁶⁵ CA de Paris, 12^e ch. corr., section A, 12 Nov. 2002, Juris-Data n° 2002- 204113.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

Il est interdit de calomnier un confrère, de médire de lui, ou de se faire l'écho de propos capables de lui nuire dans l'exercice de sa profession ».

- Article R4127-267

« Le chirurgien-dentiste traitant et le consultant ont le devoir d'éviter soigneusement, au cours et à la suite d'une consultation, de se nuire mutuellement dans l'esprit du patient ou de sa famille ».

- Article R4127-268

« En cas de divergence de vue importante et irréductible au cours d'une consultation, le chirurgien-dentiste traitant est en droit de décliner toute responsabilité et de refuser d'appliquer le traitement préconisé par le consultant. Si ce traitement est accepté par le patient, le chirurgien-dentiste peut cesser ses soins ».

A aucun moment il n'est prévu que le praticien ne donne son avis au patient sur la pratique du confrère.

Les praticiens craignent de tomber sous le coup de l'article R4127-261 pré cité interdisant la calomnie.

Ce point n'est pourtant pas dans l'intérêt du patient.

369.- Lorsque le patient désire faire poser son implant par un spécialiste dont le travail n'est pas jugé optimal, la situation est délicate.

Une solution est de refuser de travailler avec ce praticien ou d'imposer le correspondant. Le patient ne comprend pas toujours cette position, d'autant qu'il est compliqué de parler librement.

370.- Couvrir ou non un confrère défaillant reste délicat en pratique.

Lorsque les relations avec le correspondant sont bonnes, dans l'intérêt du patient, une solution commune est trouvée en cas d'échec.

En cas de difficulté relationnelle avec un correspondant, le patient se trouve souvent dans l'incompréhension, seul entre les deux praticiens.

La confraternité passe ainsi au-delà de l'intérêt du patient...

§3 La sélection de patients « rentables »

371.- Certains cabinets dentaires dits d'omnipratique ne reçoivent pas les enfants, les patients handicapés ou ne pratiquent pas les extractions.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

Au regard de l'article R 4127-211 du Code de la santé publique, cette option est totalement illégale de la part d'un omnipraticien.

La sélection des patients, comme pour les bénéficiaires de la CMU, est cependant difficile à prouver⁵⁶⁶.

372.- Certains praticiens orientent leur exercice pour ne faire qu'une catégorie d'acte rentable, le plus souvent non pris en charge par l'assurance maladie.

C'est le cas des implantologistes ou des parodontistes par exemple.

La profession ne s'étonne d'ailleurs nullement de ce genre de spécialisation.

La placidité n'a pas été de mise lorsque des cliniques exerçant uniquement des soins prothétiques se sont mises en place.

L'explication pourrait résider dans la technicité des deux premières spécialités, moins intégrées dans la formation continue (du moins jusqu'aux années 2010) justifiant que la pratique soit cantonnée à une « élite ».

Cependant nous ne pouvons nier que réaliser une prothèse répondant à ses objectifs occlusaux, parodontaux, fonctionnels et esthétique requiert autant, sinon plus de connaissances dans l'ensemble des domaines de la dentisterie.

L'Ordre s'est insurgé devant les centres *Low cost* accusés de privilégier les soins prothétiques au détriment des soins peu valorisés.

Nous reviendrons sur ce point dans la seconde partie de notre développement.

⁵⁶⁶ Bien que souvent discutée, la pratique du *testing* n'est pas à ce jour inscrite dans la loi.

Les Ordres des professions de santé peuvent seulement « mesurer l'importance et la nature des pratiques de refus de soins par les moyens [qu'ils jugent] appropriés ». Les modalités doivent être fixées par décret.

Cette mesure avait été rejetée par l'Assemblée nationale dans le cadre de la Loi HPST.

La Cour de cassation a rendu un avis confirmant la légalité de ce procédé, ouvrant à nouveau l'éventualité d'une application pour les cabinets médicaux.

(Cour de cassation, chambre criminelle, Audience publique du mercredi 4 février 2015, N° de pourvoi: 14-90048)

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

Section 2 Augmenter frauduleusement les recettes

Avec un même volume d'acte il est possible d'augmenter son chiffre d'affaire.

Cet artifice peut s'appuyer sur une lecture « arrangeante » de la nomenclature. Une technique plus massive fait appel à des techniques de plus grande ampleur, quitte à inventer des actes.

§1 Optimiser l'application de la nomenclature

373.- Interpréter de façon avantageuse la nomenclature sur les actes opposables peut permettre une augmentation des recettes sans travail ni dépense supplémentaire.

C'est par exemple le cas des obturations par résine composite ou amalgame qui peuvent être cotées comme un soin intéressant deux faces à la suite d'une petite extension iatrogène sur une des faces intactes afin d'augmenter les honoraires afférents.

Ceci serait assimilé à une mutilation volontaire, mais reste très difficile à prouver.

L'utilisation abusive du code liée au détartrage est en pratique souvent retrouvée.

A/ Le détartrage, meilleur acte fictif

374.- Les obturations, les traitements endodontiques ou les prothèses sont objectivables quelques mois ou années après la date du soin.

Le détartrage est le seul acte non pérenne en bouche, devant être renouvelé en raison de la présence de nouveaux dépôts tartriques sur les surfaces dentaires, plus ou moins importante selon l'hygiène du patient et la composition salivaire.

Ainsi cette cotation peut s'utiliser pour rémunérer le praticien pour un acte non pris en charge puisque la Sécurité sociale peut difficilement contrôler la réalisation par une radio ou un examen du patient.

Les rescelllements de couronne ou une visite de contrôle font ainsi l'objet de la majorité du détournement.

Au mieux le praticien utilisera brièvement le détartrage pour justifier sa cotation.

Cette fraude parfaitement répandue dans la profession a sans doute poussé l'assurance maladie à en limiter l'usage.

Ainsi pour la cotation HBJD001 Détartrage et polissage des dents, deux actes au plus

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

peuvent être facturés par période de 6 mois. Un détartrage complet doit être réalisé en un ou deux actes maximum.

La CCAM empêche désormais de coter plus que deux actes, le logiciel bloquant la saisie dans ce cas.

L'assimilation frauduleuse reste cependant difficile à prouver excepté lorsqu'elle est systématique⁵⁶⁷.

B/ Une nomenclature pourtant réputée sans équivoque possible

375.- Les ambiguïtés de la NGAP offraient des possibilités d'optimisation⁵⁶⁸.

Les techniques d'optimisation, parfois dispensées lors de formations, indiquent quels actes et quelles codifications privilégier.

Par exemple, les chirurgiens-dentistes peuvent requalifier des actes remboursables en actes hors nomenclature, dans le but de s'affranchir des plafonds d'honoraires conventionnels.

Le rapport de la Cour des comptes souligne que l'assurance maladie profite de ce système, d'où une certaine négligence dans les contrôles de celle-ci.

Les mauvaises interprétations sont moins aisées depuis la mise en place de la CCAM au 1^{er} juin 2014 du fait de ses libellés plus précis et exhaustifs.

Le temps permettra de dire si les fraudes sont moins importantes depuis que les libellés

⁵⁶⁷ Cour de cassation, Chambre criminelle, Audience publique du 28 mai 2014, n° de pourvoi : 13-81204, Non publié au bulletin, consultable sur Lextenso.fr.

⁵⁶⁸ Par exemple il a ainsi reproché à un praticien d'avoir fait une interprétation très extensive de la nomenclature en cotant une couronne sur implant, remboursable sur la base d'un SPR90 et non d'un SPR 30.

CA Versailles CH. 05 12 mai 2011 N° 10/01363 Cour d'appel de Versailles, Code nac : 88E 5ème Chambre

Arrêt contradictoire du 12 Mai 2011 R. G. N° 10/01363 R. G N° 10/1087

AFFAIRE : Christophe M. Philippe B. C/ Mutuelle du personnel de la chambre d'industrie de Paris.

La NGAP assimilait le remboursement d'une dent absente par appareil amovible en résine ou prothèse implantaire sur les mêmes coefficients.

Le praticien a considéré que l'armature métallique de la couronne justifiait l'emploi du code SPR 60, alors réservé au supplément de la plaque métallique des prothèses amovibles.

Notons toutefois que l'imprécision de la nomenclature a pourtant été reconnue par le Conseil d'Etat (CE, 10 avril 2002, V., Rec., T. 913 ; GP, 6 mars 2003, p. 9).

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

sont plus précis.

§2 La faute ou fraude avérée et le recours aux actes abusifs

L'Assurance maladie a détecté un préjudice dû aux chirurgiens-dentistes de 3,3 millions d'euros⁵⁶⁹.

La profession est tentée par cette utilisation frauduleuse ou abusive de la nomenclature afin d'augmenter son chiffre d'affaire. Nous pouvons illustrer les propos tenus dans la première partie de nos développements par quelques exemples.

376.- Un praticien a été sanctionné par la jurisprudence ordinaire pour des défaillances techniques, des cotations massives d'actes fictifs et pour le caractère systématique de la fraude en matière d'application de la NGAP⁵⁷⁰.

Ce praticien illustre à lui seul l'ensemble des possibilités, la liste citée n'est pas exhaustive bien que conséquente...

*« à cinquante reprises le Dr C. a méconnu l'obligation déontologique relative à la **qualité des actes** et rappelée par les dispositions précitées en réalisant, de façon défectueuse mettant en danger la santé bucco-dentaire des patients, des traitements canalaires, des obturations coronaires, des extractions incomplètes et des couronnes »*

Il est reproché au praticien :

La réalisation d'actes abusifs;

- cent neuf actes fictifs facturés dont dix traitements canalaires, trente-neuf obturations coronaires, trente et un *inlay-core*, vingt-sept couronnes et deux stellites.

La double facturation d'un même acte

Le praticien **n'a pas respecté les dispositions de la nomenclature générale des actes professionnels** (NGAP) pour :

⁵⁶⁹ Nouvelobs.fr, « Assurance maladie : 150 millions d'euros de fraudes détectées en 2012 », [<http://tempsreel.nouvelobs.com/economie/20131030.OBS3281/assurance-maladie-150-millions-d-euros-de-fraudes-detectees-en-2012.html>], page consultée le 6 août 2014.

⁵⁷⁰ Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, Audience publique du 3 février 2011, Décision rendue publique par affichage le 10 mars 2011, Affaire : Docteur N. C. Chirurgien-dentiste, Dos. n° 1903/1904.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

seize cumuls de cotation d'une consultation avec celle d'un autre acte,
seize cas de consultation dans une même séquence de soins,
quatorze cas de cotation globale et forfaitaire pour un examen radiographique intra buccal à images numérisées, par dent ou groupe de deux ou trois dents contiguës, au cours d'une même séance de diagnostic ou de traitement,
en appliquant de manière abusive dans quatre cas la majoration prévue pour les soins conservateurs effectués sur les enfants de moins de treize ans,
cinq cas non réduction de cotation prévue à la NGAP lors de la réalisation de plusieurs extractions au cours de la même séance,
de fausses déclarations au niveau du nombre de dents d'une prothèse adjointe,
Il a surcoté des obturations coronaires dans vingt-huit cas par une fausse déclaration du nombre de faces de l'obturation et dans trois cas, des sur cotations pour la réparation d'une prothèse adjointe.

« Le Dr C. n'a pas fourni à l'assurance maladie les clichés qu'il avait facturés, ce qui a constitué à la fois un défaut de respect des dispositions de la NGAP et une entrave au contrôle de son activité; que, de même, il n'a pas produit dans huit cas le cliché de contrôle d'un traitement canalair et dans cent quarante cas le cliché préopératoire permettant de poser l'indication de la réalisation d'une couronne et de prouver sa justification médicale, entravant par là même dans ces deux hypothèses le contrôle du service médical de l'assurance maladie ; que l'intéressé n'établit pas que ces manquements répétés seraient imputables à des défaillances de son équipement informatique ».

Le praticien n'a été condamné qu'à un an d'interdiction d'exercer ce qui, au vu des faits, semble être une décision clémente...

377.- Un autre cas plus massif a été récemment jugé par la Cour de cassation⁵⁷¹.

Le praticien avait déjà été condamné par la chambre correctionnelle de la Cour d'appel d'Amiens le 8 février 2013 pour escroquerie à 30 000 euros d'amende et à verser à la caisse primaire d'assurance maladie de l'Aisne une somme de 300 000 euros à titre de dommages-intérêts⁵⁷².

Une fraude de 1,5 millions d'euros est évoquée...une activité 6 fois supérieure à celle de la moyenne départementale.

⁵⁷¹ Cour de cassation, Chambre criminelle, Audience publique du 28 mai 2014, n° de pourvoi : 13-81204, Non publié au bulletin, consultable sur Lextenso.fr

⁵⁷² Cour d'appel d'Amiens, Chambre correctionnelle, 5 Décembre 2012 n° 12/00593, 1083, Numéro JurisData : 2012-033440.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

Il a été reproché « *des soins facturés sur des dents ayant déjà fait l'objet de soins identiques ou encore à des dates de fermeture du cabinet, ou encore pour des soins non retrouvés en bouche sur le patient, ou encore à des soins comportant une cotation non conforme ; qu'il avait été aussi constaté des soins dentaires ne correspondant aux exigences thérapeutiques* ».

La qualification d'escroquerie a été premièrement retenue par la Cour d'appel compte tenu de la relation de confiance supposée entre le praticien et son patient.

Les faits ont été qualifiés « *d'escroquerie commise au préjudice d'un organisme de protection sociale, en ce que ce dernier a été conduit à effectuer des règlements au profit du prévenu, sur le vu de feuilles de soins sur lesquelles il avait mentionné des soins fictifs ou surcotés, et qu'il soumettait à ses patients pour approbation ; que ces derniers, accordant confiance aux indications portées par le prévenu, les signaient ou les authentifiaient, attestant ainsi à l'égard de l'organisme de protection sociale la réalité des actes ainsi facturés ; que ce visa émanant du patient, qui se trouve le plus souvent dans une relation de confiance envers son médecin praticien, et attestant de la réalité des soins ainsi facturés, constituait un acte extérieur en ce que, n'émanant pas du prévenu, venait donner crédit aux mentions mensongères de la facturation, ce qui constituait non un mensonge provenant du chirurgien-dentiste, mais bien une manœuvre frauduleuse tendant à faire croire à l'existence d'un crédit imaginaire, en l'espèce une créance d'honoraires devant être remboursée par l'organisme de protection sociale* »

Cependant, la Cour de cassation n'a ensuite pas retenu cette qualification, invoquant une décision fondée non pas sur les faits mais sur « *une simple projection statistique, méconnaissant ainsi la présomption d'innocence et entachant sa décision de défaut de motifs* ».

Le praticien se rendant coupable d'escroquerie risque bien sûr une sanction disciplinaire en plus de la sanction pénale⁵⁷³.

⁵⁷³ Au sujet du cumul des poursuites pénales et disciplinaires en matière de chef de délit d'escroquerie : Conseil d'Etat, 19 octobre 2001, requête n° 214112.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

§ 3 Des « arrangements » laissant les patients perplexes

378.- Sur un forum nous avons trouvé un témoignage d'une patiente qui s'interroge sur la licéité d'un arrangement du praticien :

« Je viens d'apprendre que mon spécialiste dentaire avait effectué un "faux codage" de mes soins. En effet, pour que je sois prise en charge par ma sécu et ma mutuelle il a volontairement changé le nom des actes afin que ceux-ci soient remboursés. Je l'ai contacté afin d'obtenir une éclaircie sur ce point, il n'a absolument pas nié et dit avoir fait cela pour m'arranger »⁵⁷⁴.

Or selon l'article R. 4127-221 du Code de la santé publique est interdit « *Tout acte de nature à procurer à un patient un avantage matériel injustifié ou illicite* ».

En cas de contrôle, le praticien devra répondre financièrement de cet arrangement. Le patient ne sera pas inquiété. Le praticien prend le risque seul.

Section 3 Augmenter ses charges pour en diminuer le bénéfice

Le praticien oublie trop souvent les règles élémentaires de gestion d'un cabinet, qu'il soit installé en société ou en nom propre.

Il peut alors être tenté de prélever discrètement dans les caisses des sommes d'argent ou d'utiliser les biens dévolus à son activité professionnelle à des fins personnelles.

Le contrôle fiscal mérite ainsi que l'on s'y arrête.

⁵⁷⁴ Net Iris.fr, Forum Juridique, [<http://forum-juridique.net-iris.fr/rapports-a-societe/294263-dentiste-a-fraude-suis-tort.html>], page consultée le 16 Août 2015

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

§1 L'abus de bien social pour les formes sociétaires⁵⁷⁵.

379.- L'abus de bien social est d'autant plus facile lorsque le praticien est le seul gestionnaire de son entreprise.

Il prend le plus souvent une faible ampleur. Imaginons par exemple l'achat de décoration pour le domicile personnel déduit de l'imposition professionnelle, l'utilisation de consommables et produits d'entretien du cabinet à titre privé ou déduction de repas au restaurant avec des confrères...et amis.

380.- Cependant des praticiens sont allés plus loin dans l'abus de bien social.

Un arrêt rendu par la Cour d'Appel d'Orléans en 2011 donne quelques exemples concrets.

Les dirigeants de l'EURL dont l'objet est la pratique dentaire, ont été condamnés chacun notamment pour « *abus de biens sociaux, pour avoir, étant gérants de droit ou de fait, pris en location des véhicules luxueux obligeant la société au paiement d'un loyer annuel de 10000 euros et réalisé des dépenses abusives (achats de meubles et de matériel informatique, règlements de primes d'assurance, locations de logement, amélioration d'habitat, achat de matériel nautique, achat de parts sociales de SCI, versement de chèques et retraits d'espèces pour un montant évalué au minimum, en l'absence de comptabilité, à 135985 euros) et se sont encore rendus coupables d'une fraude fiscale* »⁵⁷⁶.

Les achats de matériel nautique sur la société sont difficilement justifiables...

L'abus de bien social au sens exact du terme ne peut bien sûr s'appliquer que lorsque le praticien exerce sous forme sociétaire, ce qui, comme nous l'avons déjà observé, n'est pas la majorité des exercices⁵⁷⁷.

⁵⁷⁵ L'abus de biens sociaux se définit comme « *un délit dont se rendent coupables les dirigeants de sociétés par actions ou de SARL qui, de mauvaise foi, font des biens ou du crédit de la société un usage qu'ils savent contraire à l'intérêt de celle-ci à des fins personnelles ou pour favoriser une autre société ou entreprise dans laquelle ils sont intéressés directement ou indirectement* » (Code de Commerce Art. L241-3).

⁵⁷⁶ Cour d'appel Orléans, Chambre commerciale, économique et financière, 26 Mai 2011, Confirmation N° 10/01845, X / Y Classement : Contentieux Judiciaire Numéro JurisData : 2011-015582.

⁵⁷⁷ L'abus de bien social est le fait pour les gérants (article L 241-3, 4° du Code du Commerce) le président, les administrateurs ou les directeurs généraux (article L 242-6,

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

§2 Les praticiens en nom propre et le contrôle fiscal⁵⁷⁸.

381.- En nom propre il est d'autant plus facile de faire payer au cabinet dentaire des produits d'entretien, de bureau, de décoration grevant ainsi le bénéfice imposable, ce qui revient à une fraude fiscale⁵⁷⁹.

En cas d'exercice en nom propre, structure majoritaire, l'article 92 du Code général des impôts s'applique :

« 1. Sont considérés comme provenant de l'exercice d'une profession non commerciale ou comme revenus assimilés aux bénéfices non commerciaux, les bénéfices des professions libérales, des charges et offices dont les titulaires n'ont pas la qualité de commerçants et de toutes occupations, exploitations lucratives et sources de profits ne se rattachant pas à une autre catégorie de bénéfices ou de revenus (...) ».

Un chirurgien-dentiste, adhérent d'une association de gestion agréée doit tenir sa comptabilité conformément aux dispositions de l'article 1649 quater G du Code général des impôts et répondre de ses obligations fiscales en déclarant ses revenus liés à son activité libérale dans le cadre des bénéfices non commerciaux⁵⁸⁰.

3°) de faire de mauvaise foi, des biens ou du crédit de la société, un usage qu'ils savent contraire à l'intérêt de celle-ci, à des fins personnelles ou pour favoriser une autre société ou entreprise dans laquelle ils sont intéressés directement ou indirectement.

⁵⁷⁸ La fraude fiscale se définit comme la soustraction illégale à la loi fiscale de tout ou partie de la matière imposable qu'elle devrait frapper.

Lexique des termes juridiques, 21^{ème} Edition, Dalloz, 2014.

⁵⁷⁹ Au sujet d'une fraude fiscale par dissimulation de ressources et minorations des revenus en BNC : Cour d'appel de Paris, Pole 5 chambre 12 n°rg 11 :2748, arrêt rendu le 28 février 2012.

⁵⁸⁰ Conseil d'État 3^{ème} et 8^{ème} sous-sections réunies 17 mars 2014 n°354701, Inédit au Recueil Lebon.

Un praticien a effectué des remplacements au sein d'un cabinet dentaire entre 1997 et 2005.

Une vérification de comptabilité au titre des années 2002, 2003 et 2004 a été étendue compte tenu du caractère occulte de son activité à six ans (Article L. 169 du livre des procédures fiscales).

A l'issue d'une seconde procédure de vérification portant sur les années 1999, 2000 et 2001, l'administration fiscale a adressé à l'intéressé deux propositions de rectification portant sur les années 1999 à 2004, au titre des revenus tirés de son activité occulte,

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

L'administration peut procéder à un contrôle sur pièce, contrôle critique des déclarations reçues et recouper les mentions qui y figurent avec les documents qu'elle détient⁵⁸¹.

382.- L'évaluation des recettes, point crucial pour le « contribuable défaillant » mérite que l'on s'y arrête⁵⁸².

Le relevé SNIR reste l'élément principal⁵⁸³ mais ne comprend pas les actes non pris en charge par la sécurité sociale.

Notons qu'avec la mise en place de la CCAM le contrôle des actes non opposables et hors nomenclature devrait être plus facile puisque tous sont cotés.

S'agissant des reconstitutions des achats de prothèses, l'application de coefficients a été validée par la jurisprudence en appliquant un coefficient multiplicateur⁵⁸⁴ :

- de quatre au montant des factures de prothèses réglées⁵⁸⁵ ;
- de quatre au prix de façon des prothèses⁵⁸⁶ ;
- de trois à cinq au prix de revient des prothèses⁵⁸⁷.
- de huit à dix aux achats de produits et de fourniture de soins⁵⁸⁸.

Cette méthode d'appréciation reste cependant assez contestée.

La charge de la preuve d'une sous-estimation appartient à l'administration fiscale, elle prend d'autant plus d'importance lorsque les évaluations sont fondées sur les relevés des caisses mais le contribuable fait valoir que les relevés comportent des erreurs⁵⁸⁹.

qu'elle a regardée comme libérale

Les revenus imposables dans la catégorie des bénéficiaires non commerciaux, ont été évalués d'office en application des dispositions des articles L. 73-2° et L 68 du livre des procédures fiscales.

Le pourvoi du praticien a été rejeté.

⁵⁸¹ Article L.10 du Livre des procédures fiscales.

⁵⁸² G. POUGET, « *Le chirurgien-dentiste face au contrôle fiscal* », 1995.

[<http://www.abcdent.fr/pdf/fiscal-1.pdf>], page consultée le 10 Août 2015.

⁵⁸³ CE, 30 janv. 1991, req. n° 78 250 RJF 1991, n° 291.

⁵⁸⁴ CE, 8e et 9e sous-sections, 17 mai 1985, req. n. 41.324.

⁵⁸⁵ CAA Paris, 21 avril 1994, n°92PA01196.

⁵⁸⁶ CE 15 nov.1985, n°44 170.

⁵⁸⁷ CE15 févr. 1989, n°36.146.

⁵⁸⁸ CE, 23 mai 1984, n° 43.432 et 43.697.

⁵⁸⁹ CAA paris 25 juillet 1989.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

L'administration considère elle-même comme contestables les méthodes qui consistent à reprendre les mêmes chiffres que les années antérieures, la vérification, le recours à des coefficients arbitraires, les évaluations forfaitaires et les reconstitutions théoriques, le relevé SNIR⁵⁹⁰, les chiffres d'un autre praticien de la même association⁵⁹¹.

383.- Un autre obstacle à l'évaluation des recettes est le secret professionnel⁵⁹².

La position de détenteur d'une obligation de secret professionnel ne protège en rien dans l'investigation des recettes⁵⁹³.

La chambre criminelle a affirmé le pouvoir d'investigation du juge d'instruction. Dans une affaire où le gérant d'une école dentaire était également poursuivi pour fraude fiscale et où des fiches dentaires avaient été saisies, elle énonce que la prohibition édictée par l'article 226-13 du Code pénal ne fait pas obstacle à ce qu'un juge d'instruction fasse procéder à la saisie de toutes pièces dans lesquelles il est susceptible de découvrir les éléments nécessaires à la conduite de son information, les prérogatives que ce magistrat tient de l'article 81 du Code de procédure pénale ne souffrant aucune restriction (Cass. crim., 8 juin 1966 : Bull. crim. 1966, n° 167 ; D. 1966, jurispr. p. 542).

L'accès aux informations nominatives par les inspecteurs est strictement encadré⁵⁹⁴.

Le Conseil d'Etat a jugé que le secret professionnel s'opposait à ce que l'administration puisse exiger l'accès au livre journal d'un dentiste retraçant les opérations effectuées sur des patients⁵⁹⁵.

Un arrêt du Conseil d'Etat du 7 juillet 2004⁵⁹⁶ s'est prononcé sur la nature et le contenu

⁵⁹⁰ CE, 8e et 9e sous-sections, 6 novembre 1995, req. n° 123 295, Mlle Blanchon et Conclusions de M. le commissaire du Gouvernement G. Bachelier.

⁵⁹¹ Conseil d'Etat, 9e et 8e sous-sections, 1er octobre 1993, req. n° 93 378, M. Philippe Chacun.

⁵⁹² L. DUBOUIS, « *Vérification de comptabilité. Reconstitution des recettes professionnelles. Pièces couvertes par le secret médical* », RDSS 1997. 778.

⁵⁹³ S. HOCQUET-BERG, B. PY, « La responsabilité du médecin », Ed. HDF, Coll. Droit professionnel, 2006, n° 275 et suivants et Secret professionnel et administration n° 297 et n° 345.

⁵⁹⁴ *Idem* ; et B. PY, « Le secret professionnel », Ed. l'Harmattan, coll. La justice au Quotidien », 2005, 136p.

⁵⁹⁵ CE, 9ème et 10ème sous-sections réunies, 21 Mars 2012, N° 343986, Inédit au recueil Lebon, Consultable sur Legifrance.gouv.fr.

⁵⁹⁶ CE, Ministre de l'économie, des finances et de l'industrie c/ M. Wiedemann, 7 Juill.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

des documents auxquels a accès le vérificateur.

- L'accès aux documents comptables tenus par les membres des associations de gestion agréées est ouvert non seulement au vérificateur mais également à toutes les personnes auxquelles les dispositions légales donnent mission de concourir à la procédure de redressement tels que les membres de la Commission Départementale de conciliation.

- L'administration, dans le cadre de son contrôle, a accès aux documents comptables ou non fournissant le nom des patients ou des renseignements sur le paiement des actes intéressant des patients nommément désignés. Sont donc concernés les documents comptables mais aussi les carnets de rendez-vous ou le registre d'admission d'une clinique.

- Ces documents ne doivent pas comporter d'indications, même sommaires ou codées, concernant la nature des prestations médicales fournies aux patients. Le vérificateur ne peut pas avoir accès aux feuilles de soins ou aux relevés communiqués par la CPAM dès lors qu'ils contiennent la cotation des actes médicaux⁵⁹⁷.

Le livre journal est donc accessible, quand bien même il mentionnerait le nom complet des patients en cause, il ne doit cependant pas rattacher une prestation médicale au nom cité.

2004, n° 253711.

⁵⁹⁷ Le Conseil d'Etat a ainsi jugé que le secret professionnel s'opposait à ce que l'administration puisse exiger l'accès au livre-journal d'un dentiste retraçant les opérations effectuées sur des patients (CE, 21 mars 2012).

Les contrôleurs ne pouvaient donc avoir accès au livre-journal mentionnant les actes dispensés sous forme de référence à la nomenclature des actes professionnels prévue par la réglementation applicable en matière de Sécurité sociale et précisant si les sommes perçues correspondaient à des acomptes ou à des paiements pour solde.

L'arrêt de la Cour d'appel a ainsi été annulé au motif d'erreur de droit.

CE, 9ème et 10ème sous-sections réunies, 21 Mars 2012, N° 343986, Inédit au recueil Lebon, Consultable sur Légifrance.gouv.fr.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

§3 L'abus de bien social et les sanctions disciplinaires.

384.- Le gérant de fait d'une société en liquidation judiciaire, chirurgien-dentiste, relevait à ce titre de la chambre disciplinaire de l'ordre des chirurgiens-dentistes qui lui a infligé une sanction⁵⁹⁸.

En l'espèce le praticien s'est rendu coupable de faits ayant porté atteinte à la considération due à la profession.

La liquidation judiciaire a été prononcée au regard d'un actif de 4 186 €, un passif de 2 582 964,32 € ; (dette de plus d'un million d'euros à l'égard de l'URSSAF, dette fiscales, dettes d'environ 30 000 € à l'égard de l'AG2R, 18 000 € à l'égard de BNP Lease et 82 000 € au titre de loyers professionnels).

Le praticien percevait pourtant de ses activités professionnelles des revenus personnels très importants s'élevant, « pour les années 2003 à 2006 aux sommes respectives de 195 141 €, 230 549 €, 176 700 € et 203 097 €, correspondant à des chiffres d'affaires de 545 536 € pour 2003, 519 726 € pour 2004, 482 381 € pour 2005 et 374 900 € pour 2006 »...

⁵⁹⁸ Cour d'appel Orléans Chambre commerciale, économique et financière, 26 Mai 2011, N° 10/01845 Numéro JurisData : 2011-015582;
Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, Audience publique du 21 octobre 2010, Décision rendue publique par affichage le 27 décembre 2010, Affaire : Docteur J.-M. P. Chirurgien-dentiste, Dos. n°1843.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

Conclusion: De la course à la rentabilité au *burn out*

385.- L'obsession de certains praticiens pour conserver une rentabilité offrant solvabilité et niveau de vie adéquat est telle que le taux de « *burn out* », voire de suicide est impressionnant pour cette profession⁵⁹⁹.

Il n'y a en effet pas de pression d'une direction trop exigeante, pas de risques vitaux en jeu chez les patients mis à part de rares exceptions, ni même de confrontation avec des patients en grande détresse.

Le stress est l'ensemble des réactions d'un individu à chaque fois qu'il doit s'adapter aux modifications, exigences, contraintes ou menaces de son environnement⁶⁰⁰.

Les exigences financières sont importantes dans la profession, ou du moins ressenties comme telles.

Les préoccupations majeures sont décrites par l'enquête CMV Mediforce⁶⁰¹.

Elles seraient liées :

- à la pression fiscale (charges et fiscalité trop lourdes pour 89 % des praticiens),
- au poids des contraintes administratives (86 %),
- à la baisse du pouvoir d'achat (66 %),
- à la diminution du remboursement des soins (62 %).

L'illustration suivante détaille les réponses au sujet des préoccupations des chirurgiens-dentistes⁶⁰²

⁵⁹⁹ Le niveau de risques des dentistes en Belgique est 5,45 fois plus élevé que la population en générale et il passe à plus de 6,43 fois aux États-Unis.
S. STACK, « *Suicide risk among dentists: a multivariate analysis* », *Deviant Behav.* Vol.17 (1) 1996, p. 107-118.

⁶⁰⁰ H. SELYE, « *A syndrome produced by diverse noxious agents* », *Nature*, 1936, 138, 32.

⁶⁰¹ CMV Mediforce - BNP Paribas. 3ème édition du Scan CMV-Médiforce « sur le moral des professionnels libéraux ». 2014, p. 56.

⁶⁰² *Ibidem*, p. 57.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

% BEAUCOUP	CHIR-DENT	TOTAL PLS
Les charges et /ou la fiscalité pesant sur votre profession	89	77
Les contraintes administratives ou bureaucratiques pesant sur votre profession	86	67
La baisse du pouvoir d'achat, l'appauvrissement des français	66	56
La baisse des remboursements des soins	62	49
La baisse de vos revenus	39	47
La diminution du nombre de médecins	31	37
La concurrence d'internet et/ou des grandes surfaces	-	34
La désertification médicale dans certains territoires	24	31
L'automédication	13	13
% AU MOINS 4 SUJETS QUI PRÉOCCUPENT BEAUCOUP	69	57

Le praticien se place alors de lui-même dans une situation de privation relative, soit un sentiment de mécontentement, d'injustice ou de frustration⁶⁰³.

Les études sur l'état psychologique des dentistes objectivent souvent une telle situation d'un point de vue interpersonnel, avec une forte pression de réussite sociale imposant un niveau de vie toujours plus confortable.

Les études montrent d'ailleurs que cette pathologie touche également les praticiens ayant un chiffre d'affaire élevé⁶⁰⁴.

Citons par exemple l'affaire de ce dentiste montpelliérain accusé de fraude à la Caisse primaire d'assurance-maladie de l'Hérault entre janvier 2006 et juillet 2008 pour un montant de 226 000 €⁶⁰⁵.

Son avocat explique qu'« *il n'a pas plus de vice que la nature en général, pas de propension à la chose matérielle. On n'a pas d'explication rationnelle sur ce qui l'a fait basculer. Il n'est pas victime de tout mais c'est un homme à la maturité hésitante* ».

Sont invoqués des problèmes conjugaux et personnels.

Les bénéficiaires de la CMU représentaient 80% de sa patientèle, permettant selon le

⁶⁰³ La théorie vient des recherches de Stouffer, E.A. Suchman, L.De Vinney, S. Star et R.M. Williams publiées en 1949.

« *The American Soldier: Combat and Its Aftermath* ». Vol. II. Princeton University Press, Studies in Social Psychology in World War II, 1949, p. 675.

Lire également à ce sujet P. GOSLING, « *Psychologie sociale: L'individu et le groupe* », Ed. Bréal, Coll. : Lexifac, 1997, 220 pages.

⁶⁰⁴ M-C THERY-HEGLY, « *le Burnout n'est pas une fatalité* », L'information Dentaire, n° 38. 5, Nov. 2008. [<http://www.coval95.fr/wp-content/uploads/2010/08/Burn-Out.pdf>]

⁶⁰⁵ Midilibre.fr, « *Fraude à la CPAM, Deux ans pour le dentiste* » [<http://www.midilibre.fr/2014/02/13/fraude-a-la-cpam-34-deux-ans-pour-le-dentiste,821671.php>], page consultée le 5 août 2014.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

parquet « *un système mis en place tout à fait réfléchi* ».

Condamné à deux années d'emprisonnement, dont six mois fermes, il illustre la tentation de passer à des actes de fraude et d'escroquerie sous la pression.

386.- Ainsi la relation médicale se complique d'un rapport à l'argent omniprésent en dentisterie.

Un rapport aussi bien en tant que débiteur de fournisseurs, des institutions sociales et de prévoyance, mais également en tant que créancier de patients qui sont pourvoyeurs de rentabilité pour certains, de travail à perte pour d'autres...

Un rapport surtout mal géré par des praticiens qui n'ont qu'une formation de clinicien et non de chef d'entreprise.

Ceci explique en partie les réactions épidermiques des praticiens dès qu'il est question de leurs honoraires dans leur élaboration ou leur présentation.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

Chapitre 3 Influence de la concurrence sur le niveau des honoraires

La concurrence est la situation dans laquelle se trouve une personne ou une entreprise par rapport à une ou plusieurs autres lorsque, tout en faisant des profits, elle peut rivaliser avec elles en offrant un service ou un produit au moins équivalent pour un prix au moins égal.

Les praticiens semblent à première vue être en concurrence entre eux mais également avec les prothésistes pour certains actes.

En comparant les honoraires de praticiens implantés dans les mêmes secteurs géographiques, force est de constater qu'ils sont relativement lissés entre eux.

Il est donc pertinent d'analyser les honoraires selon l'angle de l'offre et de la demande.

Les praticiens ont également affaire avec les velléités des prothésistes, critiquant parfois le monopole des praticiens.

Section 1 L'offre et la demande

387.- Nous pouvons ainsi nous interroger sur l'homogénéité des honoraires au sein d'une même région ou localité.

Les études montrent que la densité de dentiste et niveau de vie de la population sont des déterminants importants du niveau des tarifs des dentistes⁶⁰⁶.

Les facteurs déterminant un prix différent donc autant d'un département à un autre?

Serait-ce le niveau socioculturel du patient qui influence les honoraires d'un territoire à un autre?

Pourrait-on envisager une entente illicite sur les honoraires?

388.- Une pratique concurrentielle de la médecine et de la dentisterie est déontologiquement refusée par la profession étant donné que l'objectif n'est, à la différence d'une activité purement commerciale, pas (seulement) un profit financier mais surtout une contribution à l'intérêt général.

⁶⁰⁶ N. JESS, R. LARDELLIER, R. LEGAL avec la collaboration de C. MARBOT, « Le rôle des tarifs dans le recours aux soins dentaires : l'exemple des inlay core », JESF 2013
A-L. SAMSON, « *Comportements d'offre de soins et revenus des médecins généralistes : l'influence de la régulation de la médecine ambulatoire* », Journal de gestion et d'économie médicales, 2011/5, Vol. 29, p. 247-269.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

Toute baisse d'honoraires pratiquée dans un but de concurrence⁶⁰⁷ ou toute «concurrence directe» avec le confrère dont ils ont assuré le remplacement⁶⁰⁸ sont interdites.

De même le droit de choisir son médecin est érigé par le Conseil d'État en principe général du droit⁶⁰⁹.

Néanmoins le droit de la concurrence tend à s'appliquer sur certains aspects de la profession malgré ces exigences confraternelles déontologiques.

§1 Rappels sur le droit de la concurrence et marché de la santé.

389.- Au sens large, le droit de la concurrence est l'ensemble des règles juridiques gouvernant les rivalités des agents économiques dans la recherche et la conservation d'une clientèle⁶¹⁰.

Le Conseil de la concurrence a adopté la définition suivante du marché :

« Le marché est défini comme le lieu sur lequel se rencontrent l'offre et la demande pour un produit ou un service spécifique ».

En théorie, sur un marché, les unités offertes sont parfaitement substituables pour les consommateurs qui peuvent ainsi arbitrer entre les offreurs lorsqu'il y en a plusieurs, ce qui implique que chacun de ces derniers soit soumis à la concurrence par les prix des

⁶⁰⁷ Interdiction pour les médecins (article R. 4127-67 du CSP), sages-femmes (R. 4127-355), pharmaciens biologistes (R. 4235-75), infirmiers (R. 4312-42), et pédicures-podologues (R. 4322-61).

⁶⁰⁸ Interdiction adressée au masseur-kinésithérapeute (article R. 4321-130), au médecin (R. 4127-86), au chirurgien-dentiste (R. 4127-277), à la sage-femme (R. 4127-342), à l'infirmier (R. 4312-47), et au pédicure-podologue (R. 4322-87).

⁶⁰⁹ CE, 18 février 1998, Section locale du Pacifique Sud de l'Ordre des médecins.

V. également, Cass. civ. 1^{re}, 7 novembre 2000, Bull. civ., n° 283 : un contrat de cession de clientèle, proposant aux patients une option restreinte entre plusieurs praticiens, est frappé de nullité pour absence de respect de la liberté de choix du patient.

⁶¹⁰ Au sens large le droit de la concurrence se définit comme l'ensemble des règles juridiques gouvernant les rivalités entre agents économiques dans la recherche et la conservation d'une clientèle

Lexique des termes juridiques, 21^{ième} Edition, Dalloz, 2014

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

autres.

À l'inverse, « un offreur sur un marché n'est pas directement contraint par les stratégies de prix des offreurs qui opèrent sur des marchés différents du sien, parce que ces derniers commercialisent des produits ou des services qui ne peuvent répondre à la même demande et ne constituent donc pas, pour les consommateurs, des produits substituables »⁶¹¹.

A première vue en dentisterie, il est rendu un service spécifique correspondant à une demande donnée, qu'elle soit esthétique ou fonctionnelle.

Nous sommes bien dans un système d'offre et de demande mais il convient de discuter le caractère « parfaitement substituable » de l'offre.

Une lecture de textes législatifs et jurisprudentielle permet de confirmer que le caractère parfaitement substituable est relatif⁶¹².

§2 Le droit de la concurrence et les professions libérales

390.- Le champ d'application du droit de la concurrence est particulièrement vaste et s'applique indiscutablement à la santé.

En droit interne, l'article L. 410-1 du Code de commerce dispose que « *les règles définies au (livre IV relatif à la liberté des prix et de la concurrence) s'appliquent à toutes les activités de production, de distribution et de services, y compris celles qui sont le fait de personnes publiques, notamment dans le cadre de conventions de délégation de service public* ».

Les règles du Traité de Rome relatives à la concurrence sont également libellées dans des termes qui n'excluent aucun secteur d'activité.

Les professions libérales de santé sont directement visées par le droit de la concurrence

⁶¹¹ Autorité de la concurrence, Rapport Annuel 2003, p. 226.

⁶¹² JK Arrow montre que les caractéristiques du marché des soins imposent un traitement différent.

JK. ARROW, « *uncertainty and the welfare economics of the medical care* », *American economic review*, 53 (5) 1963.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

391.- En raison de ses spécificités, les économistes ont longtemps écarté le domaine de la santé de l'application du droit de la concurrence.

A ce jour la communauté européenne et ses états membres ont cherché à l'adapter à ce domaine spécifique⁶¹³.

*« Considérant que, si l'activité professionnelle libérale de soins médicaux a un caractère spécifique en ce que le choix du patient est dicté par des considérations personnelles où l'aspect financier n'est sans doute pas prioritaire, elle n'est pas pour autant exclue du champ d'application du droit de la concurrence dès lors qu'elle s'analyse en une activité de services, permettant la rencontre, moyennant un paiement, d'une demande de la part des malades et d'une offre de la part des médecins »*⁶¹⁴.

La Commission européenne a été dans le même sens en entreprenant une étude visant à encourager les États membres à supprimer les entraves à la concurrence qui affectent de nombreuses professions libérales, dont les pharmacies⁶¹⁵.

Cette étude a été critiquée par la suite au motif que les points incriminés ne constituent pas forcément des atteintes au droit de la concurrence⁶¹⁶.

Les notions de marché et de libre concurrence y sont rappelées.

*« La confrontation des offres de ces services et des demandes émanant des patients, précise ainsi le Conseil, **donne lieu à la création d'un marché ;***

*[...] dès lors les membres du corps médical, pour ce qui est de leur comportement d'acteurs sur le marché de soins, se trouvent bien dans la situation de l'entreprise au sens [de l'article L. 410-1 du Code de commerce] et **ils ne sauraient, dans cette mesure, se soustraire à l'application [du Code de commerce]** »*⁶¹⁷.

⁶¹³ P. ARHEL, « Droit de la concurrence, Application du droit de la concurrence dans le secteur de la santé publique », Petites affiches, 12 juin 2009 n° 117, p. 7.

⁶¹⁴ CA Paris, 4 avril 1997, Syndicat des médecins de la Somme, BOCCRF du 17 mai 1997.

⁶¹⁵ Com. CE communication COM(2004) 83 du 9 février 2004.

⁶¹⁶ CJCE, 13 mars 2008, Ioannis Doulamis, aff. n° C-446/05.

La Cour de justice à propos des législations nationales interdit aux membres des professions libérales de faire de la publicité pour les services qu'ils rendent à leur clientèle.

⁶¹⁷ Autorité de la Concurrence, Décision 1-D-43. Lire également Décision 08-D-06 n° 67.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

On considère comme entreprise au sens du droit de la concurrence, toute entité qui exerce une activité économique indépendamment de son statut juridique et de son mode de financement⁶¹⁸.

§3 Le prix, seul élément de concurrence ?

392.- La Cour d'appel de Paris a rendu un arrêt dans lequel elle estime que la véritable concurrence entre les prestataires s'exerce par la qualité du service rendu, la disponibilité, la réputation, la qualité relationnelle ou encore l'accessibilité et l'aménagement des locaux, voire des équipements⁶¹⁹.

La Cour de cassation a confirmé la décision de la Cour d'appel de Paris et repris son argumentaire⁶²⁰.

Au contraire des Etats Unis, la France n'a pas choisi le marché comme un élément de régulation du prix des soins⁶²¹.

Toutes les dispositions pré citées s'appliquent bien sûr au cabinet dentaire et il convient de considérer une éventuelle concurrence basée sur le prix en considérant les actes dont les honoraires ne sont pas fixés par convention.

A/ Les soins opposables

393.- Le Conseil de la concurrence précise que, « comme dans tout secteur de services où les prix sont réglementés, la véritable concurrence s'exerce entre les prestataires par la qualité du service rendu : la réputation, la disponibilité, la qualité relationnelle ou encore l'accessibilité et l'aménagement des locaux et le cas échéant les équipements entrent en ligne de compte et caractérisent la qualité de l'offre de soins de chaque médecin. C'est en fonction de cette qualité et de la satisfaction globale qu'il en retire que le malade met en concurrence les médecins de secteur I et choisit son

⁶¹⁸ CJCE, 23 avril 1991, Höfner et Elser, C-41/90, Rec., p. I-1979.

⁶¹⁹ CA Paris, 18 mars 2009, req. n° 2008/08385.

⁶²⁰ Com., 7 avril 2010, req. n° 09-13.494, 09-66.021.

⁶²¹ P-L BRAS, « *Le prix des soins marché ou régulation publique?* », Les Tribunes de la santé, 2005/3 n°8 p 47-58.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

médecin, sans que des considérations de prix entrent dans ce choix puisque ce prix est conventionnellement fixé et unique, à l'éventuel dépassement exceptionnel près, quel que soit le médecin »⁶²².

394.- La jurisprudence communautaire a, dans le même sens, estimé que le paramètre de la concurrence en matière de médicament porte sur d'autres paramètres, en particulier l'innovation⁶²³.

B/ Les critères de concurrence des patients

a) Le prix

395.- Il convient de différencier les soins totalement remboursés et ceux ayant une incidence sur le budget santé du patient.

396.- Dans le premier cas le revenu du patient n'a pas une importance significative en termes de consommation.

Seule l'évaluation du service et de la qualité supposée des soins peut être un critère.

397.- Le rôle du niveau de vie d'un patient garde cependant tout son sens lorsqu'il s'agit de reste à charge important, comme c'est le cas pour les soins dentaires non remboursés totalement par l'assurance maladie.

Le prix doit cependant être pondéré par la valeur du remboursement des assurances complémentaires.

Ceci est d'autant plus vrai dans les cas de remboursement différencié selon que le praticien est membre ou non d'un réseau.

La mise en place de réseaux des organismes complémentaires a ainsi abouti à créer un nouveau critère de concurrence entre les praticiens. Nous insisterons sur ce point dans la suite de nos développements.

b) La qualité des soins

⁶²² Décision 08-D-06, § 90.

⁶²³ CJCE, 29 novembre 1983, Roussel, C-181/82, § 9; TPICE, 27 Sept. 2006, GSK, T-168/01, § 106.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

398.- Même si l'offre est dense, le choix par le « patient consommateur » fait souvent abstraction de la qualité relative des soins et dans tous les cas son évaluation se fait à *posteriori*.

Le rapport qualité / prix n'est pas un élément de choix totalement pertinent étant donné l'asymétrie d'information.

399.- Les économistes définissent ce bien comme un bien dit « de confiance » (*credence good*)⁶²⁴.

Cette asymétrie d'information et surtout l'appréciation qui ne peut être qu'à *posteriori* rendent difficile une mise en concurrence lors du choix initial.

Seuls les points de vue d'autres patients peuvent éventuellement orienter vers le niveau de qualité d'un opérateur.

c) Les qualités relationnelles du praticien et l'environnement de travail

400.- Nous avons décrit en introduction les critères d'un « bon dentiste » selon les patients.

Ainsi l'aspect moderne d'un cabinet, l'agencement, l'ambiance peuvent rendre plus « attractif ».

Il en va de même pour les qualités relationnelles du praticien qui conditionnent grandement l'opinion du patient (probablement plus que la qualité technique d'un acte).

§4 La mise en œuvre de la concurrence

401.- Les ententes anticoncurrentielles sont interdites tant par le droit interne (C. com., art. L. 420-1) que communautaire (art. 81-1 CE) comme nous l'avons déjà vu.

La question mérite d'être posée concernant les similitudes d'honoraires dans une même région.

⁶²⁴ P-Y. GEOFFARD, « *Concurrence en santé : marché des soins, marché de l'assurance* », Regards croisés sur l'économie 2009/1, N° 5, p. 128-137.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

A/ L'imposition de prix maxima et minima.

402.- L'imposition par un tiers de prix maxima, en l'occurrence un organisme de remboursement complémentaire, ne peut sous cette forme donner lieu à condamnation.

Le Conseil de la concurrence a appliqué ce principe à la limitation à 12% de l'augmentation des honoraires moyens des praticiens imposée par une convention conclue avec la Mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN)⁶²⁵.

La fixation d'un taux maximum d'augmentation des honoraires constitue une limitation à la libre détermination des honoraires des praticiens conventionnés.

Cependant, cette limitation n'influe pas sur les disparités pouvant exister à l'origine entre les différents niveaux d'honoraires.

Elle apparaît d'autre part justifiée au regard de l'objectif poursuivi. L'effort financier que consentait la MGEN à travers l'amélioration de la prise en charge des soins ne doit pas se traduire par une augmentation parallèle des honoraires réclamés, ce qui aurait alors annulé ou, en tout cas, réduit l'avantage résultant pour les sociétaires de l'augmentation du montant de sa prise en charge.

En effet les praticiens auraient ainsi pu relever leurs honoraires, se rendant compte de l'absence de conséquence immédiate sur le reste à charge du patient puisque le niveau de remboursement est augmenté.

Cela aurait induit à terme un alourdissement des dépenses de l'organisme et donc une augmentation des cotisations des adhérents...

403.- Cependant l'imposition de prix minimum est répréhensible.

Le Conseil de la concurrence l'a précisé, notamment, dans l'avis n° 99-A-18 du 17 novembre 1999, rendu sur une demande de l'Union fédérale des coopératives de commerçants. La diffusion de prix conseillés en direction d'opérateurs économiques se trouvant en concurrence entre eux, assortie de pressions leur donnant le caractère de prix imposés, n'est condamnable que lorsqu'il s'agit de prix conseillés minimum. L'imposition de prix maximum n'est pas illicite, à moins que les distributeurs ne soient incités à s'aligner sur ceux-ci.

L'ensemble des décisions des autorités de concurrence montre la générale application

⁶²⁵ Cons. conc., 29 Juill. 2003, MGEN, Déc. n° 03-D-37, BOCCRF 8 Oct. 2003.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

des règles de concurrence dans le domaine de la santé et de ses produits. Ces règles s'appliquent aux chirurgiens-dentistes⁶²⁶ et à l'exercice sous une forme mutualiste⁶²⁷.

Toutefois au sein d'un cabinet libéral, les entreprises étant dans leur grande majorité des TPE, force est de constater que les stratégies concurrentielles organisées sont mineures.

Il est plus judicieux de s'interroger sur les possibles alignements tarifaires entre praticiens d'un même secteur géographique.

B / Une réelle entente sur les prix ?

404.- L'entente se définit comme une action collective ayant pour effet ou pour objet de fausser ou d'entraver le jeu de la concurrence formalisée dans un accord ou résultant seulement d'une pratique concertée⁶²⁸.

Les ententes sont en principe interdites en droit interne⁶²⁹.

Cette interdiction est sous entendue en matière de santé.

Pour les médecins par exemple, l'article R.4127-23 du Code de la santé publique mentionne que « *Tout compérage entre médecins, entre médecins et pharmaciens, auxiliaires médicaux ou toutes autres personnes physiques ou morales est interdit* ».

⁶²⁶ Autorité de la concurrence, Décision n°05-D-43, 20 Juill. 2005.

⁶²⁷ Cass. com., 21 octobre 1997, Chambre syndicale des pharmaciens du Maine-et-Loire.

⁶²⁸ Lexique des termes juridiques, 21^{ème} Edition, Dalloz, 2014.

⁶²⁹ L'article L. 420-1 du Code de commerce prohibe :

« *Même par l'intermédiaire direct ou indirect d'une société du groupe implantée hors de France, lorsqu'elles ont pour objet ou peuvent avoir pour effet d'empêcher, de restreindre ou de fausser le jeu de la concurrence sur un marché, les actions concertées, conventions, ententes expresses ou tacites ou coalitions, notamment lorsqu'elles tendent à :*

1° Limiter l'accès au marché ou le libre exercice de la concurrence par d'autres entreprises ;

2° Faire obstacle à la fixation des prix par le libre jeu du marché en favorisant artificiellement leur hausse ou leur baisse ;

3° Limiter ou contrôler la production, les débouchés, les investissements ou le progrès technique ;

4° Répartir les marchés ou les sources d'approvisionnement ».

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

405.- Les revenus par praticien apparaissent en corrélation inverse avec la densité de l'offre et s'avèrent donc en moyenne plus élevés dans la moitié nord.

Ainsi, le montant moyen d'honoraires d'un chirurgien-dentiste exerçant en Picardie est supérieur de près de 50% de celui de ses confrères de Midi-Pyrénées⁶³⁰.

L'explication serait dans une patientèle et une activité par chirurgien-dentiste plus importante, et non à des honoraires plus importants.

En effet plus il y a de patients par praticien dans un territoire donné, plus les dépassements restent modérés.

Pour compenser un volume de patientèle moins élevé, les praticiens semblent s'installer majoritairement dans des régions où ils peuvent « compenser » une patientèle moins importante par des dépassements plus élevés (prix plus hauts à actes donnés et/ou activité de soins prothétiques, soins à honoraires libres), compte tenu du revenu moyen des patients dans la zone concernée⁶³¹.

406.- Pour la première fois en 2008, le Conseil de la concurrence a fait irruption dans le quotidien des médecins libéraux en sanctionnant un modèle d'entente horizontale.

Saisi par l'association « Familles rurales » il a sanctionné plusieurs organisations syndicales de médecins pour avoir organisé des ententes entre leurs médecins adhérents afin de provoquer une hausse du prix des consultations. Ces pratiques ont pris place entre la fin de l'année 2001 et le début de 2005 et ont, selon le Conseil, « durablement affecté le fonctionnement du secteur de la santé, les dépassements d'honoraires laissés à la charge des patients totalisant près de 180 millions d'euros sur la période ».

407.- La dentisterie n'a pas connu de telle décision.

En effet les syndicats n'ont pas donné de consignes d'homogénéité des honoraires.

Toutefois que penser lorsque la secrétaire du cabinet voisin appelle pour connaître le prix d'une prothèse à notre cabinet? Que penser des discussions récurrentes aux pauses

⁶³⁰ Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2010, chapitre XIII: les soins dentaires, La Documentation française, septembre 2010, p.333.

⁶³¹ *Ibidem* p. 324.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

des formations sur une technique et de la systématique question au conférencier : « combien facturez-vous ça? »

Les tarifs sont de plus en plus en ligne sur ameli.fr, il est d'autant plus aisé de s'aligner sur les honoraires pratiqués dans la région en toute discrétion.

La transparence a parfois ses effets pervers...

Toutefois pour être sanctionnée rappelons que l'entente doit être prouvée et qu'une simple similitude de tarification ne peut être retenue.

Les praticiens exerçant de façon individuelle ont ainsi peu de risque de condamnation pour entente illicite et nous ne pouvons que conclure à un effet d'imitation finalement toléré par l'Autorité de la concurrence⁶³².

Section 2 La concurrence des prothésistes

408.- La prothèse est l'objet de toutes les convoitises entre le « producteur » et le « distributeur »

Les dispositifs médicaux sur mesure⁶³³ sont fabriqués par le prothésiste sous la direction d'un praticien.

De nombreux syndicats de prothésistes demandent la levée du monopole afin de pouvoir vendre « en direct » leurs produits⁶³⁴.

§1 La confirmation du monopole de la vente de prothèse

409.- Les praticiens ont le monopole de la « vente » de prothèse.

⁶³² Lire à ce sujet : J-C. BONICHOT, « *La Cour de justice et la santé publique : prudence limitée ou audace mesurée?* », Gazette du Palais, 20 Juin 2009 n° 171, p. 8.

⁶³³ Selon l'Article R. 665-24 du Code de la santé publique :

« *un dispositif médical fabriqué spécifiquement suivant la prescription écrite d'un praticien dûment qualifié ou de toute autre personne qui y est autorisée en vertu de ses qualifications professionnelles et destiné à n'être utilisé que pour un patient déterminé* »

⁶³⁴ De nombreuses condamnations pour exercice illégal de la médecine peuvent être citées. Par exemple : Cour de cassation, Chambre criminelle, 18 Déc. 2012, n° 11-81.265, Inédit ; CA Chambéry, Chambre correctionnelle, 17 Mars 2010, n° 09/00785, n° JurisData: 2010-006478.

Il s'agit d'artisans qui ont bravé le monopole. La jurisprudence est invariable sur ce point et statue de façon systématique à l'encontre du prothésiste.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

La Chambre criminelle de la Cour de cassation a confirmé à plusieurs reprises qu'un prothésiste ne peut pas vendre directement de prothèses dentaires à un patient⁶³⁵.

Selon cette décision, « *les seuls clients possibles pour les prothésistes sont donc les chirurgiens-dentistes* ». Il en résulte une certaine dualité du marché des prothèses dentaires, en un marché amont des prothèses fabriquées par les prothésistes avec la prescription d'un chirurgien-dentiste et en un marché aval des prothèses délivrées aux patients.

Le Code de la santé publique réservant le monopole du «*travail en bouche*» aux chirurgiens-dentistes, les prothésistes ne peuvent vendre directement leur production aux consommateurs, dès lors que la jurisprudence de la Cour de cassation considère qu'une telle vente est constitutive du délit d'exercice illégal de l'art dentaire.

410.- L'Autorité de la concurrence a confirmé cette jurisprudence pour procéder à l'analyse du marché des prothèses dentaires :

*« Le code de la santé publique réservant le monopole du travail en bouche aux chirurgiens-dentistes, les prothésistes ne peuvent vendre directement leur production aux consommateurs. En effet, la jurisprudence (...) confirmée par la Cour de cassation, considère qu'une telle vente est constitutive du délit d'exercice illégal de l'art dentaire »*⁶³⁶.

Les caractéristiques du marché ont également été précisées par une décision de l'Autorité de la concurrence n° 89-D-36 relative aux pratiques relevées sur le marché des prothèses dentaires.

411.- Se pose entre les prothésistes et le praticien le problème de la qualification de l'art dentaire. Aux termes d'un arrêt du Conseil d'État du 6 juillet 1949⁶³⁷, la prise

⁶³⁵ Cour de cassation, Chambre criminelle, Audience publique du 17 juin 1992, n° de pourvoi : 91-85872.

⁶³⁶ Autorité de la concurrence, Avis n° 12-A-06 relatif aux effets sur la concurrence de l'exclusivité de la vente des prothèses dentaires par les chirurgiens-dentistes, 29 février 2012.

⁶³⁷ CE, 6 juill. 1949, Kopp : Rec. CE 1949, p. 333

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

d'empreintes et la pose d'appareils de prothèse sont des opérations entrant dans l'exercice de la profession dentaire.

Le Conseil d'État a rappelé que la profession de chirurgien-dentiste est distincte de celle de prothésiste dentaire⁶³⁸.

L'inscription en cas d'exercice d'une activité de prothésiste dentaire, en plus ou non d'une activité paramédicale ou médicale de chirurgien-dentiste est obligatoire au répertoire des métiers la personne qui exerce⁶³⁹.

Même le nettoyage de prothèses ne supposant pas une intervention «en bouche » a suscité des discussions.

§2 Le nettoyage des prothèses

412.- Le Conseil de la concurrence a retenu sa compétence pour connaître un courrier adressé par un Conseil départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes à des maisons de retraite afin de dénoncer les conditions, prétendument illégales, dans lesquelles un prothésiste dentaire exerçait son activité et préciser que le nettoyage des prothèses dentaires devait être prescrit par un chirurgien-dentiste⁶⁴⁰.

Citons un court extrait du courrier émis par le Conseil départemental en 1999 pour les différentes maisons de retraite du territoire :

« Vous avez, ou vous allez être sollicité par une société qui propose à vos pensionnaires un soi-disant nettoyage de leurs prothèses dentaires.

Cette prestation pose un problème de responsabilité :

Seul un chirurgien-dentiste peut assurer le suivi du devis d'une prothèse et donc il est le seul habilité à décider de la nécessité d'un éventuel nettoyage par une technique appropriée.

Si tel est son diagnostic, il dépendra de lui et de lui seul de s'adresser au laboratoire de son choix pour réaliser ce travail ».

⁶³⁸ CE, 4 janv. 1987, n° 71841, min. Éduc. Nat.

⁶³⁹ CE, 24 mars 1989, n° 93862 et n° 94018, Ch. métiers Moselle et a. : JurisData n° 1989-0641850 ; JCP G 1989, IV, p. 213.

⁶⁴⁰ Cons. conc., 20 juillet 2005, Ordre national des chirurgiens-dentistes, Déc. n° 05-D-43, BOCCRF du 14 mars 2006.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

Le brossage d'un dentier paraît à lire ce texte être un geste hautement technique et scientifique, justifiant que seul un diplôme de chirurgien-dentiste (6 à 8 ans d'études) le permette...

Consultée dans le cadre de cette décision du Conseil de la concurrence n° 05-D-43 relative à l'activité de nettoyage des prothèses dentaires par un prothésiste dentaire, la direction générale de la santé (DGS) a indiqué qu'il « *n'existe pas de définition précise des actes qui peuvent être effectués par l'une ou l'autre des deux professions. En effet, la profession de prothésiste dentaire n'est pas une profession réglementée par le code de la santé publique, elle n'est ni médicale ni paramédicale* ». Selon le ministère de la santé, « la répartition des actes relevant de chaque profession découle de la définition des actes relevant de la compétence du chirurgien-dentiste donnée par les dispositions du code de la santé publique »⁶⁴¹.

La DRCCRF de Lyon a répondu par courrier, un rappel de réglementation au président du Conseil départemental en l'informant de l'avis de la Direction générale de la santé et en lui précisant que :

« La recommandation que vous avez adressée aux directeurs d'établissements hébergeant des personnes âgées susceptibles de faire appel à Mme Thomas ou à toute autre entreprise proposant un service de nettoyage de prothèses dentaires amovibles, constitue un acte qui a pour objet ou pour effet d'interdire l'accès à ce marché aux prothésistes dentaires ».

La décision finale a été dans ce sens s'appuyant sur la distinction entre le travail sur le patient et en dehors de la bouche et la faible technicité du geste.

Il a été reconnu que le Conseil départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes du Puy-de-Dôme et le Conseil national de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes ont enfreint les dispositions de l'article L.420-1 du Code de commerce.

L'article 7 de l'ordonnance n° 86-1243 du 1^{er} décembre 1986 prohibe toutes les actions concertées, conventions ou ententes ayant un tel objet et/ou effet, notamment lorsqu'elles tendent à limiter l'accès au marché ou le libre jeu de la concurrence par d'autres entreprises.

⁶⁴¹ Autorité de la concurrence, Décision n°05-D-43, 20 Juill. 2005.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

Cet arrêt montre la forte revendication du monopole et le corporatisme d'une profession⁶⁴².

La bataille a continué avec les bars à sourire, avec plus de succès cette fois, l'acte étant effectivement plus iatrogène et invasif.

⁶⁴² Précisons qu'en pratique peu de praticiens prennent le temps de nettoyer une prothèse, les détartrages n'étant rémunérés « que » 28,92 euros...et que cette prestations aurait sans doute apporté un réel confort aux résidents puisque le nettoyage est rarement fait par les soignants des établissement, le plus souvent faute de temps.

Titre Deuxième

L'adaptation des financeurs

Le désengagement du régime obligatoire dans les dépenses de santé a donné plus de poids aux organismes complémentaires.

L'assurance obligatoire est incapable de mieux rembourser mais met en place des mécanismes supposés faciliter l'accès aux soins.

De son côté, l'assurance complémentaire, forte de son nouveau poids, se pose en véritable conseiller pour le patient.

Chapitre 1 Le désengagement de l'assurance maladie obligatoire

413.- La couverture par l'assurance maladie tend à proportionnellement se réduire. Même si certains soins sont mieux remboursés⁶⁴³ l'enveloppe de prestations couvertes diminue au profit d'une privatisation des soins.

Pour allouer au mieux les ressources, l'objectif principal est de diminuer les dépenses tout en permettant un meilleur accès aux soins⁶⁴⁴. Deux mesures principales seront analysées : le tiers payant généralisé et le plafonnement des honoraires.

Section 1 La faible participation aux remboursements des soins.

414.- Si la part du financement de la Sécurité Sociale dans la consommation des soins et des biens médicaux atteint près de 62,9 % en 2013, il plafonne pour le dentaire à 32%⁶⁴⁵.

La part du financement des soins a progressé jusqu'aux années 1970 pour avoisiner les 55 %, et dépassait encore 50 % en 1980, avant de reculer dans les années 1980⁶⁴⁶.

⁶⁴³ Citons par exemple la prise en charge à 100 % de l'interruption volontaire de grossesse (art. 50 de la LFSS pour 2013, mod. l'art. L. 322-3 CSS).

⁶⁴⁴ Lire à ce sujet : not. B. FEUILLET, L'accès aux soins, entre promesse et réalité, RDSS 2008. 713 ; D. TABUTEAU, Droit de la santé et droit de l'assurance maladie, RDSS 2008. 878.

⁶⁴⁵ M-A. LE GARREC, M. BOUVET, « Comptes nationaux de la santé 2012 », DREES, Document de travail, Série statistiques, n° 185, septembre 2013, p. 93.

⁶⁴⁶ Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2010, chapitre XIII: les soins dentaires, La Documentation française, Sept.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

En effet la prise en charge par l'assurance maladie, après avoir progressé jusqu'aux années 70 pour atteindre 55%, a progressivement reculé et s'établissait à 31,5% en 2012.

En 2010 la Cour des comptes estimait que seulement 18% du coût des actes prothétiques étaient pris en charge⁶⁴⁷.

A partir des années 80, en contrepartie d'une progression faible du tarif des soins conservateurs, la décision a été prise de laisser les honoraires libres sur les soins prothétiques et orthodontiques.

Le prix des soins prothétiques a fortement augmenté et la part des dépassements dans le total des honoraires a progressé de façon continue⁶⁴⁸ de 47,6 % en 2004 à 53% en 2012, soit 4,7 Md€.

Contrairement à l'usage pour les soins médicaux, la part remboursée par l'assurance maladie obligatoire est ainsi inversement proportionnelle au prix des actes.

La Cour des comptes rapporte qu'en Suède le taux de remboursement atteint 50 % quand le coût est compris entre 320 et 1 590 €, et 85 % au-delà (les premiers 320 € restant à la charge des patients en tout état de cause).

Tableau 26: Financement publics en 2013 au sein de la consommation de soins et de besoins médicaux et de la dépense courante de santé.

2010, p. 347

⁶⁴⁷ *Idem*, p.317-350.

⁶⁴⁸ Cour des comptes, Sécurité sociale 2014, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, Chapitre VIII « Les conventions avec les professions libérales de santé : répondre aux besoins des patients, mieux assurer l'efficacité de la dépense », Sept. 2014, p 237.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

Dépenses par poste	Total 2013	Sécurité sociale (1)		Etat, collectivités locales, CMU-C org. de base	
	en millions €	en millions €	en % du total	en millions €	en % du total
Soins hospitaliers	86 707	78 942	91,0	1 104	1,3
dont Hôpitaux du secteur public	66 770	61 223	91,7	1 002	1,5
dont Hôpitaux du secteur privé	19 938	17 720	88,9	103	0,5
Soins de ville	48 927	30 794	62,9	896	1,8
dont Médecins	20 537	13 700	66,7	358	1,7
dont Auxiliaires	13 436	10 644	79,2	111	0,8
dont Dentistes	10 637	3 418	32,1	343	3,2
dont Laboratoires d'analyses	4 318	3 031	70,2	83	1,9
Médicaments en ville	33 453	22 585	67,5	424	1,3
Autres biens médicaux en ville	13 359	5 667	42,4	110	0,8
Transports de malades	4 302	4 004	93,1	40	0,9
CSBM	186 749	141 992	76,0	2 573	1,4
Soins de longue durée	19 186	19 186	100,0	0	0,0
dont SSIAD	1 538	1 538	100,0	0	0,0
dont Soins aux personnes âgées en établissements	8 595	8 595	100,0	0	0,0
dont Soins aux personnes handicapées en établissements	9 054	9 054	100,0	0	0,0
Indemnités journalières	12 805	12 805	100,0	0	0,0
Prévention	5 846	930	15,9	3 434	58,7
dont Prévention individuelle	3 397	386	11,4	1 580	46,5
dont Prévention collective	2 449	544	22,2	1 854	75,7
Subventions au système de soins	2 797	2 797	100,0	0	0,0
Recherche médicale et pharmaceutique	7 421	0	0,0	3 583	48,3
Formation	1 966	17	0,9	1 848	94,0
Coût de gestion de la santé	14 722	7 449	50,6	887	6,0
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ (2)	247 732	185 176	74,7	12 326	5,0

(1) Y compris déficit des hôpitaux publics et régimes complémentaires d'Alsace-Moselle et de la CAMIEG.

(2) Corrigée du double-compte sur la recherche pharmaceutique.

Source : DREES, Comptes de la santé – base 2010.

La prise en charge collective est assez limitée et se résume ainsi concernant le régime général de couverture :

- 30% par l'assurance maladie obligatoire;
- 35% par les organismes complémentaires (mutuelles, institutions de prévoyance, sociétés d'assurance, CMU complémentaire);
- 35% de la dépense restant à la charge des ménages⁶⁴⁹.

La réalité révèle une prise en charge bien plus complexe pouvant laisser à la charge du patient quasiment la totalité des frais.

Les syndicats et la profession appuient sur le fait que derrière l'équilibre des comptes publics, l'accès aux soins s'en trouve réduit pour la population.

Le parti communiste français a de même critiqué la suppression d'une partie du programme de prévention en titrant un article « Loi de santé : les « sans-dents » peuvent bien se sacrifier pour l'austérité »⁶⁵⁰.

⁶⁴⁹ Santé bucco-dentaire, (principales données), Document en ligne, p. 5. [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Synthese_du_plan_bucco-dentaire.pdf]

⁶⁵⁰ PCF.fr, « Loi de santé : les « sans-dents » peuvent bien se sacrifier pour l'austérité » [<http://www.pcf.fr/58646>].

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

La Cour des comptes considère que « *le désengagement rampant de l'assurance maladie s'effectue aujourd'hui sans réflexion d'ensemble* »⁶⁵¹.

Effectivement l'assurance maladie ne satisfait plus totalement sa mission.

La nomenclature ne permet pas une prise en charge en adéquation avec les objectifs de conservation tissulaire et de prévention, les deux meilleurs exemples étant l'incohérence de différence de remboursement entre les *onlays* et les couronnes ainsi que la non prise en charge de la parodontie.

Afin de tout de même répondre aux besoins des plus démunis, le gouvernement tente, maladroitement, sans réflexion en profondeur, de faciliter l'accès aux soins par la procédure de tiers payant et le plafonnement des honoraires.

Section 2 La procédure de tiers payant, vers une généralisation de son usage.

415.- La pratique du tiers payant est au cœur des débats suite au vote de la loi sur sa généralisation par l'Assemblée nationale le 9 avril 2015⁶⁵².

Cette mesure phare du projet de loi de modernisation du système de santé a été très critiquée par le corps médical⁶⁵³.

Il convient de retracer l'évolution du tiers payant dans la médecine de ville.

⁶⁵¹ Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2010, chapitre XIII: les soins dentaires, La Documentation française, septembre 2010, p.348.

⁶⁵² D'autres professions de santé en application de leur convention respective, utilisent beaucoup plus souvent le tiers payant.

Il s'agit des pharmaciens chez qui il est quasiment généralisé, des infirmiers (84 % des actes), des orthophonistes (71 % des actes) ou des masseurs kinésithérapeutes (55 %) E. MARIE, J. ROGER, « *Rapport sur le tiers payant pour les consultations de médecine de ville* », IGAS, 2013. p. 19.

⁶⁵³ La généralisation concerne à la fois le tiers payant partiel, lié aux dépenses de santé remboursées par l'assurance maladie obligatoire et le tiers payant intégral qui inclut le ticket modérateur et les éventuels dépassements d'honoraires dans la limite des différents contrats souscrits.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

416.- La Charte syndicale de 1927 qui énonce les principes fondamentaux de la médecine libérale, condamne l'intervention d'un tiers payeur, contraire à la dignité des patients bénéficiaires⁶⁵⁴.

Le paiement direct est en effet un pilier de l'exercice médical affirmé par l'article L. 162-2 du Code de la sécurité sociale pour les médecins et l'article R. 4127-210 pour les dentistes.

L'article L. 322-1 du Code de la sécurité sociale dispose, au moins pour le régime général, que « *la part garantie par la caisse primaire d'assurance maladie est remboursée [...] directement à l'assuré [...]* ».

§1 A l'origine : une application limitée

417.- Le tiers payant social s'est progressivement mis en place pour des situations spécifiques dans les cabinets libéraux et les établissements de santé⁶⁵⁵.

Seuls les cas suivants sont concernés :

- honoraires perçus pendant une hospitalisation et dans un établissement sous convention avec l'Assurance Maladie

Certaines structures ont l'autorisation de le mettre en place.

Les patients bénéficient de l'avance des frais d'hospitalisation dans :

- les établissements publics de santé,
- les établissements de santé privés à but non lucratif admis à participer à l'exécution du service public hospitalier,

⁶⁵⁴ C. CHANAUD, « *Le tiers payant dentaire favorise-t-il l'accès au soin ?* » Master II Protection Sociale Complémentaire, Paris 1, 2007.

⁶⁵⁵ La première convention nationale des médecins du 28 octobre 1971 (Arr. 29 oct. 1971, JO 31 Oct.) permet d'y recourir exceptionnellement dans des situations sociales particulières.

Les conventions médicales organisent des dérogations pour les actes les plus coûteux, notamment chirurgicaux, effectués au cours d'une hospitalisation dans un établissement privé, radiologiques et biologiques (Conv. 3 Fév. 1976 ; Arr. 30 Mars 1976, JO 1er Avr.).

Les deux dernières conventions signées se sont focalisées sur les assurés sociaux aux revenus les plus modestes en instaurant un « tiers payant social » (Conv. 12 janv. 2005 ; Arr. 3 févr. 2005, JO 11 févr. Conv. 26 juill. 2011 ; Arr. 22 sept. 2011, JO 25 sept.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

- les établissements de santé privés à but non lucratif ayant opté pour la dotation globale de financement,
- les établissements de santé privés ayant conclu un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'agence régionale de santé (ARS).

Ainsi certains centres de soins dentaires peuvent le proposer.

- soins dispensés à un patient victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ;
- soins dispensés à un patient bénéficiant d'une pension militaire ;
- soins dispensés à un patient bénéficiaire de la couverture maladie universelle (CMU) complémentaire ou à un bénéficiaire de l'Aide médicale de l'État (AME).

A titre exceptionnel, sa mise en place est possible pour les soins dispensés à un patient dans une situation sociale particulière, sous réserve de l'existence d'accords locaux le prévoyant.

Les patients visés par ce mécanisme sont ainsi les patients ayant à faire face à des frais importants ou les plus modestes.

418.- Certains bilans de prévention dentaire sont concernés.

L'article L. 213 221 du Code de la santé publique dispose que dans l'année de leur sixième et de leur douzième anniversaire, les enfants sont soumis à un examen bucco-dentaire de prévention pris en charge en totalité par les régimes obligatoires d'assurance maladie sans avoir à faire l'avance des frais⁶⁵⁶.

Il en est de même pour les soins dentaires réalisés dans les six mois qui le suivent, à l'exception des soins prothétiques et d'orthopédie dentofaciale.

Par dispositions conventionnelles, ce dispositif a été étendu aux enfants âgés de 9, 15 et 18 ans ainsi qu'aux femmes enceintes.

⁶⁵⁶ CSS, art. L. 162 112.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

419.- En pratique dentaire, le tiers payant constitue d'ailleurs une infraction lorsqu'il intervient hors des cas précités⁶⁵⁷.

Citons l'arrêt du Conseil d'Etat du 27 février 2002⁶⁵⁸.

Un praticien a eu recours dans le cadre d'un accord avec un organisme mutualiste à un système de tiers payant qui évitait le règlement par le patient.

« Si une telle pratique a pu constituer une méconnaissance des dispositions de l'article 7 du Code de déontologie qui énonce le principe du paiement direct des honoraires par le malade au chirurgien-dentiste et fixe les conditions dans lesquelles il peut y être dérogé, elle n'a en tout état de cause pas revêtu dans les circonstances de l'espèce, le caractère d'un manquement à l'honneur professionnel ou à la probité.

En excluant ces faits du bénéfice de l'amnistie, la section des assurances sociales du Conseil National de l'ordre des chirurgiens-dentistes a fait une inexacte application de la Loi du 3 août 1995 ».

§2 Des essais de généralisation

420.- En juin 2013 le rapport Cordier⁶⁵⁹ a proposé dix neuf recommandations pour élaborer la stratégie nationale de santé dont certaines ont été reprises par le projet de loi santé annonçant la généralisation du tiers payant, d'abord aux personnes admissibles à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) dès 2015, puis à l'ensemble des consultations de médecine de ville avant 2017.

Les rares médecins en faveur de cette procédure allèguent le gain de temps dans la gestion des espèces et la sécurité de n'avoir pas de grande quantité d'argent dans le cabinet.

Par ailleurs beaucoup de patients consultent aux urgences de l'hôpital plutôt que dans un cabinet médical pour pouvoir bénéficier du tiers payant.

⁶⁵⁷ Chambre disciplinaire nationale de l'ordre des chirurgiens-dentistes, Audience publique du 22 décembre 2006 Lecture du 8 février 2007, Affaire : n° 1576, Docteur Stéphane G. Chirurgien-dentiste.

⁶⁵⁸ CE , 27 février 2002, n° 221781.

⁶⁵⁹ A. CORDIER (Président), « Un projet global pour la stratégie nationale de santé, 19 Recommandations du comité des « sages » », 21 Juin 2013.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

421.- L'objectif est donc principalement d'améliorer l'accès aux soins⁶⁶⁰. Le récent vote par l'Assemblée nationale de la généralisation du tiers payant s'est fait malgré la large mobilisation du corps médical. Le Sénat a ensuite rejeté le texte mais le gouvernement persiste dans cette voie et tente un passage en force.

Pour Marisol Touraine, Ministre de la Santé, « *dans dix ans, on ne parlera plus du tiers payant parce qu'il sera devenu une banalité, une norme, une simplicité* »

L'aspect de simplification est largement critiqué par les médecins qui voient leurs contraintes administratives augmenter.

Les députés de l'opposition ont critiqué la déresponsabilisation des patients.

§3 Problématique du tiers payant en dentisterie

422.- Une des difficultés est de s'assurer que le patient a bien des droits sociaux ouverts.

L'article 49 de la convention médicale indique que, sauf opposition de la carte, les organismes d'assurance maladie s'engagent, pour la dispense d'avance des frais, à effectuer le paiement de la part obligatoire des actes figurant sur la feuille de soins électronique.

Il n'est pas certain que cette garantie de paiement sera encore effective lors du passage à la généralisation.

423.- La gestion du tiers payant est encore plus complexe lorsqu'elle concerne la part complémentaire car l'assurance maladie n'est plus le gestionnaire unique⁶⁶¹.

Les organismes complémentaires sont en effet multiples contrairement aux organismes d'assurance obligatoire (plus de 600 acteurs).

Le nombre demande de multiplier les conventions et les relations d'échange.

Dans l'étude Référis⁶⁶², sur 30 centres de santé, le nombre d'organismes conventionnés

⁶⁶⁰ P. BATIFOULIER, « *Faire payer le patient : une politique absurde* », Revue du MAUSS, 2013/1 n° 41, p. 77-92.

⁶⁶¹ P. GEORGES, J. PART ET C. WAQUET, « Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de santé de demain », rapport RM2013-119P, IGAS, Juill. 2013, p. 33.

⁶⁶² D. AZOULAY pour l'ARS d'Ile-de-France, « *Accompagnement des centres de santé dans l'amélioration de leur organisation et de leur viabilité économique* »; Cabinet Référis,

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

était de 60 en médiane, avec un maximum de 330. Quatre centres sont conventionnés avec au moins 150 mutuelles.

La saisie des organismes est par ailleurs manuelle dans le fichier patient puisque la carte vitale ne donne pas toujours cette information.

Les règles de remboursement du ticket modérateur sont très variables d'un organisme à l'autre.

Les règles de fonctionnement du tiers payant sont également très variables : les rejets et les procédures ne sont pas toujours signalés de la même façon par les organismes.

Enfin les facturations ne se font pas toujours en format électronique.

424.- La mission de l'IGAS considère ainsi que l'obligation de tiers payant, telle qu'elle est mise en œuvre actuellement, constitue « *une charge de travail chronophage et coûteuse pour les centres de santé et que, n'étant pas financée, elle complique le modèle économique des centres de santé* ».

Elle est même accusée de déstabiliser le modèle économique des centres de santé.

Un rapport sur les centres de santé pratiquant le tiers payant intégral montre que 6 à 11% de leurs recettes d'activité étaient consacrés à sa gestion⁶⁶³.

425.- A notre sens, le tiers payant, en occultant le paramètre financier du soin, le dévalorise.

Par ailleurs, les cabinets dentaires, dont les charges administratives augmentent⁶⁶⁴, ne peuvent encore prendre du temps pour relever et contrôler les versements de la Sécurité sociale.

De plus, le délai de traitement des feuilles de soin papier ne laisse pas augurer un remboursement rapide pour les praticiens.

Déc. 2012.

⁶⁶³ P. GEORGES, J. PART ET C. WAQUET, « Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de santé de demain », rapport RM2013-119P, IGAS, Juill. 2013. p. 28.

⁶⁶⁴ Par exemple avec le devis conventionnels, la traçabilité des matériaux et de la stérilisation, les contrôles des installations radiologiques et électriques...

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

Le tiers payant devrait être une possibilité et non une obligation, laissant au patient l'accès aux soins en cas de nécessité et au praticien le droit de contrôler le volume administratif.

Il conviendrait néanmoins de sanctionner les éventuels refus de tiers payant par le praticien si le patient en fait la demande.

Cela pourrait être une contrepartie de la non généralisation.

L'incohérence des mesures afin de permettre l'accès aux soins est ici résumée.

Une mesure en trompe l'œil, alors que des structures permettent déjà les procédures de tiers payant, une réforme sans réflexion avec les promesses d'une administration rapide et efficace pour le règlement.

La profession est incrédule.

L'unique conséquence sera une augmentation de la charge de travail pour le praticien ou son assistante, donc une augmentation de masse salariale, des charges en plus et donc une augmentation des honoraires...Le plafonnement des honoraires sauverait-il l'inflation ?

Section 3 L'encadrement des dépassements : une réforme poussive

426.- En 2010, la constatation de l'écart grandissant entre les honoraires proposés et le taux de remboursement des orthodontistes a poussé le Conseil de l'Assurance maladie à proposer le plafonnement des dépassements d'honoraires sur ces actes.

Parmi les 21 propositions adoptées le 8 juillet 2010 par le conseil de la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), deux évolutions préoccupent particulièrement l'assurance maladie : la généralisation et l'hétérogénéité des dépassements d'honoraires.

Plafonner les dépassements d'honoraires sur les actes d'orthodontie était déjà une de ces 21 propositions transmises au gouvernement en vue d'élaborer le budget 2011 de la Sécurité sociale.

Cette dernière n'a pas été retenue dans le vote final mais a suscité le débat chez les professionnels concernés et les patients.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

427.- Mars 2012, dans les rues de Nantes le site internet de publicité citoyenne Pourconvaincre.com vise les orthodontistes. Une centaine d'affiches, collées en centre-ville, réclament le plafonnement des honoraires de la profession.

En avril 2012, 70 affiches affichant ce slogan ont été mises en place dans le centre de Lille.



Cette discipline de la dentisterie montre à quel point la réalité des honoraires est souvent éloignée de l'enveloppe du remboursement par la sécurité sociale.

Paris et l'Île de France sont particulièrement touchés par les dépassements d'honoraire. Selon le cabinet de conseil Jalma, l'acte le plus courant, un semestre de traitement (soit la première visite, la pose de l'appareil et la maintenance) coûte en moyenne 718,50 euros en France. A Paris, il faut compter 1 130 euros.

Le site Internet de l'Assurance-maladie, montre que les prix sont généralement au-dessus de 1 000 euros allant jusqu'à plus de 2 000 euros.

Les dépassements ont ainsi fortement augmenté ces dernières années, passant de 1995 à 2009 de 180 à 516 millions d'euros⁶⁶⁵.

428.- De leur côté les praticiens se défendent.

⁶⁶⁵ Le Monde.fr, « *Les tarifs des orthodontistes sur la sellette* », 15 Juill. 2010. [http://www.lemonde.fr/societe/article/2010/07/15/les-tarifs-des-orthodontistes-sur-la-sellette_1388251_3224.html], page consultée le 15 Mai 2012.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

Ils soulignent le désengagement de l'Etat dans le remboursement, la dernière revalorisation tarifaire ayant été de 60 centimes d'euros entre 1986 et 1988!

Les syndicats d'orthodontistes prennent en compte le facteur de l'érosion monétaire depuis 30 ans pour avancer une relative stabilité des honoraires.

Un second argument est l'évolution du taux de charge et le coût des techniques plus esthétiques et performantes⁶⁶⁶.

Par ailleurs si il est vrai que le coût d'un traitement augmente, la durée du traitement orthodontique est diminuée grâce au progrès technique.

M. Jean-Yves Le Déaut⁶⁶⁷ a posé une question au gouvernement sur l'évolution des honoraires des orthodontistes.

Ce dernier évoque les remboursements non revalorisés depuis 1988, « *ce qui a conduit, bien sûr, à un dépassement qui peut varier de 300 à 500 € et plus dans certaines régions françaises* »⁶⁶⁸.

Sa démonstration sur les paradigmes de la balance remboursement/reste à charge est intéressante sur plusieurs points.

Il souligne, comme c'est le cas pour les dépassements prothétiques, que le sujet a été peu traité jusque-là puisque la plupart des mutuelles ont pris en charge ces dépassements et que les professionnels étaient peu taxés par l'URSSAF (0,11%) sur ce taux de dépassement.

Ce dernier point a été remis en question en 2006, avec la création d'une nouvelle taxe ASM qui porte à 9,80% la cotisation sur le dépassement d'honoraires.

Selon lui « *les revenus des orthodontistes ont donc baissé mécaniquement d'environ 6 à 7%* ».

Sa demande porte sur le projet éventuel d'augmentation des honoraires de base.

Il poursuit mentionnant qu'« *il est en effet étonnant que la CMU prenne en charge un dépassement de 238 %, ce qui signifie que l'Administration Publique considère que ce*

⁶⁶⁶ F. HAIM, « *Le plafonnement des honoraires ODF : Analyse d'une idée démagogique* », Le chirurgien-dentiste de France n°1449-1450 du 16 au 23 Sept. 2010, p. 10-11.

⁶⁶⁷ Question écrite N° : 31638 publiée au JO le 30 Sept. 2008, page : 8322.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

dépassement fait en réalité partie de l'honoraire de base ».

Aucune réponse n'a été apportée à cette question.

429.- Dans un climat de crise économique, un sondage réalisé par Vivavoice montre que huit français sur dix ne trouvent pas « normal » que les médecins facturent des dépassements d'honoraires⁶⁶⁹.

Pour un tiers des sondés, un dépassement est abusif à partir de 50% du tarif de la Sécurité sociale.

Le Code de déontologie médicale a été modifié par décret afin de le moderniser en tenant compte des évolutions législatives de la loi du 4 mars 2002 et de la loi HPST⁶⁷⁰.

Toutefois on ne relève aucune évolution déontologique sur le point des dépassements d'honoraires.

430.- Comme nous l'avons vu la détermination des honoraires est très dépendante du praticien dans son appréciation du tact et de la mesure.

Joël Moret-Bailly pose la question de cette façon : *« l'on aurait pu imaginer que, dans la mesure où la défense de ces valeurs constitue l'une des missions de l'ordre, la modification de 2012 fournirait quelque avancée sur ce point. Or, il n'en est rien. A moins que la défense de l'indépendance des professionnels dans la fixation de leurs honoraires n'ait primé sur celle de l'honneur de la profession, ou que l'honneur de la profession réside justement dans l'indépendance des professionnels, y compris dans la fixation de leurs honoraires ? »*⁶⁷¹.

Des négociations ont débuté le 9 mars 2012 entre les syndicats de dentistes, les complémentaires (mutuelles, instituts de prévoyance, assurances) et l'assurance maladie.

Peu d'avancées ont été faites sur ce point, le dispositif d'encadrement étant en

⁶⁶⁹ Sondage réalisé par Vivavoice pour le CISS (Collectif inter associatif sur la santé), la Fnath et l'Unaf, Octobre 2012.

⁶⁷⁰ Décret n° 2012-694 du 7 mai 2012 portant modification du code de déontologie médicale.

⁶⁷¹ J. MORET-BAILLY, « La déontologie médicale, de la résistance à la contre-offensive (à propos du décret du 7 mai 2012 portant modification du code de déontologie médicale) », Revue de droit sanitaire et social, 2012, p. 1074-1083.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

opposition avec les principes de liberté tarifaire auxquels la profession est attachée (et pour cause).

Un plafonnement par l'assurance maladie obligatoire n'est pas d'actualité.

Cependant les organismes complémentaires tendent à mettre en place des dispositifs pour encadrer les dépassements.

En effet, ils restent les payeurs de ces dépassements en augmentation.

Une remise en cause des principes de la médecine libérale ?

431.- Le plafonnement par l'assurance maladie obligatoire n'est ainsi pas envisageable à court terme tant cela créerait de tensions, la réforme du tiers payant ayant déjà été abordée de façon brutale.

Cependant le véritable risque de plafonnement est plus insidieux et vient des organismes complémentaires par l'intermédiaire des contrats responsables et des réseaux.

Ce dernier point mérite que l'on insiste sur la fin du rôle de payeur aveugle des assureurs complémentaires.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

Chapitre 2 La fin du rôle de payeur aveugle des AMC

432.- La pratique quotidienne montre que les rapports entre les chirurgiens-dentistes et les organismes complémentaires se tendent.

Il n'est pas rare de revoir un patient à qui un devis prothétique a été remis rapportant que l'organisme assureur a émis une critique quant au montant des honoraires, au type de traitement...ou a directement encouragé le patient à consulter un praticien du réseau de la compagnie.

Certains organismes renvoient une réponse de prise en charge avec une description des prises en charges et une colonne « honoraires moyens de la profession ».

Ici encore le critère qualité est absent des débats et la profession le vit comme une intrusion dans les choix thérapeutique, uniquement fondée sur le volet financier.

De leur côté les patients voient leurs cotisations augmenter, les remboursements diminuer mais les campagnes publicitaires s'accumuler⁶⁷².

Une défiance s'installe vis à vis de ces organismes.

433.- Les tentatives de pacifications s'amorcent...

Pour démontrer sa bonne foi, l'Unocam a signé en octobre 2012 une déclaration commune de bonnes pratiques sur la lisibilité des garanties de complémentaire santé.

Les points visés sont par exemple la compréhension des garanties et la qualité de l'information à l'égard des assurés en amont de la souscription pendant l'exécution de la garantie.

Pour une meilleure lecture et standardisation des contrats, l'objectif est d'indiquer pour les prestations de prothèse dentaire, les garanties soit totalement en euros, soit en pourcentage de la base de remboursement et en euros au-delà de 100% de celle-ci.

A défaut, un équivalent en euros du montant de la garantie est mentionné à titre indicatif pour les prestations les plus fréquentes dans le contrat individuel ou dans la

⁶⁷² Le marketing des compagnies ne représente qu'une partie minime des frais de fonctionnement mais constitue la partie la plus visible des dépenses. M. ESCOT, « *La publicité des complémentaires santé* », Les Tribunes de la santé, 2014/4 (n° 45), p. 63-68.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

notice remise aux bénéficiaires s'agissant des contrats collectifs.

434.- La création de L'UNOCAM illustre ainsi le poids croissant dans le système de remboursement des assureurs complémentaires. Elle est en effet associée aux négociations conventionnelles, à la fixation des prix ou des tarifs des produits de santé.

435.- Une charte des bonnes pratiques pour les relations entre les organismes de couverture et les chirurgiens-dentistes a été signée entre l'Unocam et la CNSD, syndicat majoritaire de la profession le 26 juillet 2013.

La profession et les mutuelles espèrent travailler à faciliter l'accès aux soins en établissant un partenariat.

Dans cette convention, l'Unocam admet le problème de fond qui est l'absence de concordance entre les tarifs opposables des actes et le temps passé, notamment pour les soins conservateurs très chronophages mais très peu rémunérateurs.

Bien sûr l'organisme encourage une meilleure prise en charge de ces actes, ce afin d'éviter le recours abusif à la prothèse... et donc d'éviter une augmentation des dépenses des assureurs.

L'Unocam s'engage par ailleurs à ne pas interférer dans les choix du praticien lorsque ceux-ci sont conformes aux bonnes pratiques et à ne pas émettre de jugements sur les honoraires des praticiens... excepté si des critères objectifs d'évaluation existent.

La pratique montre que tous les organismes ne respectent pas ces bonnes intentions...

436.- Le marché du régime complémentaire est en pleine expansion étant donné le net recul de la participation des organismes obligatoires.

Émerge ainsi un secteur très concurrentiel.

Le marché étant quasi saturé, les entreprises concernées essaient de se démarquer par la mise en place de services additionnels en matière de prévention, d'information des patients.

Ainsi apparaissent des plateformes de « conseil »⁶⁷³ et surtout des réseaux de professionnels coordonnés que nous allons détailler.

⁶⁷³ La première a été créée à la fin des années 1990 sous la dénomination Carrés Bleus, Il s'agit ainsi de la première plateforme de conseil aux assurés et de création de réseaux de professionnels de santé.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

L'assurance maladie complémentaire n'est donc plus un payeur aveugle.

Elle ne saurait accepter aujourd'hui d'être en plus un « *financier invisible de l'assurance maladie obligatoire* »⁶⁷⁴ et dispose de nouveaux outils pour peser dans les décisions, se permettant de devenir ce que nous pouvons qualifier « un conseiller payeur ».

Section 1 Le nouveau rôle de conseiller payeur

437.- Il revient au patient de s'informer sur le montant couvert par l'organisme d'affiliation.

L'arrêt de la Cour d'appel du 10 janvier 2012⁶⁷⁵ le confirme, l'absence d'information à ce sujet par le praticien ne constitue pas une faute.

Cette prise de contact de la part du patient invite les assureurs à prodiguer des conseils ou des services supplémentaires, surtout lorsque l'objectif est de réduire les coûts.

§1 Les formes du conseil

L'offre de conseil s'organise pour répondre aux moindres demandes des adhérents, soulevant quelques questions quant au contenu et à l'interlocuteur qui les dispense.

A/ Les plates-formes téléphoniques⁶⁷⁶.

438.- Les plates-formes téléphoniques des organismes d'assurance maladie ont complété l'offre d'information sur les soins.

L'objectif est toujours de limiter l'asymétrie d'information mais dans ce cas le conseil est plus individualisé et personnel⁶⁷⁷.

⁶⁷⁴ Propos tenus par le directeur de l'Unocam, Etienne Caniard consultables sur le site internet de l'unocam.

[<http://www.unocam.fr/index.jsp?currentNodeId=304263>], page consultée le 7 Août 2015.

⁶⁷⁵ Cour d'appel Grenoble Chambre civile 1, 10 Janvier 2012 N° 09/03017 Monsieur Bruno MALHERBE Madame Corinne ROUX Classement :Inédit.

⁶⁷⁶ M. DEL SOL, « Les plates-formes de services des organismes d'assurance maladie. Au-delà d'un effet de mode »RDSS, n°2, 2003 p. 320-322.

⁶⁷⁷ Plan d'action adopté par le conseil d'administration de la CNAM le 14 mars 2000.

L'assurance maladie obligatoire avait déjà mis en place quelques programmes d'accompagnement et de conseil.

L'action n° 6 du projet national de la branche assurance maladie pour 2000-

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

Les plates-formes s'adressent aux assurés, mais aussi aux professionnels de santé.

Pour les assureurs complémentaires, l'objectif est de se distinguer dans un milieu concurrentiel.

L'accès à l'information est en principe immédiat grâce à des amplitudes horaires importantes. La centralisation du dossier client permet à tous les interlocuteurs de traiter les questions.

Les patients utilisent ces plateformes ou ces sites internet notamment pour comparer des devis souvent peu lisibles.

Citons un exemple de slogan publicitaire :

« Pour être certain que les tarifs proposés par votre praticien sont conformes aux prix du marché, Malakoff Médéric vous propose de faire analyser gratuitement votre devis par une équipe de spécialistes. Une réponse vous est apportée dans les 48 heures par email ou par courrier (hors we et jours fériés) »⁶⁷⁸.

439.- Les employés de ces plateformes ne sont pas des praticiens.

Il est donc légitime de s'interroger sur la logique des réponses apportées, qui apparaît plus comptable que qualitative.

B/ Le praticien « consultant »

440.- Afin d'éviter la confusion avec les vrai contrôleurs de la profession à savoir les praticiens conseils de l'assurance maladie obligatoire, L'UNOCAM a dans le paragraphe 5 de sa charte des bonnes pratiques de 2013 insisté sur la nécessité d'appeler ces praticiens des chirurgiens-dentistes consultants et non chirurgiens-dentistes conseils.

L'initiative fait bien peu de différence entre les deux termes pour les adhérents.

Certaines mutuelles ont ainsi des praticiens qui contrôlent ou conseillent éventuellement les adhérents.

Le rôle de ces praticiens est de contribuer au développement d'un réseau de

2003 vise à « engager le réseau de l'assurance maladie dans un processus de certification externe ».

⁶⁷⁸ Site internet de Malakoff Médéric

[<http://www.malakoffmederic.com/particuliers/sante/nos-outils-et-applications/mobiles/analyse-de-devis/index.jsp>], page consultée le 1er Mars 2015.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

chirurgiens-dentistes partenaires, d'analyser des devis dentaires et d'identifier d'éventuelles pratiques non conformes.

En pratique, lors de l'envoi d'un devis élevé correspondant par exemple à un traitement global, le praticien consultant adresse au dentiste traitant un courrier demandant les radiographies initiales et parfois la justification du plan de traitement⁶⁷⁹.

§2. Une activité de conseil en question

441.- La légitimité des réponses, émises le plus souvent par des non professionnels sur les plateformes soulève quelques problèmes.

Le conseil médical personnalisé n'a pas de légitimité juridique dès lors qu'il est dispensé par des personnes non qualifiées au sens du Code de la santé publique, ce que sont les organismes assureurs.

Cependant, l'interprétation jurisprudentielle valide semble-t-il le conseil médical donné de façon indifférenciée ; il a en effet été jugé que « *les conseils didactiques adressés à un vaste public ne tombent pas sous le coup du délit d'exercice illégal de la médecine* »⁶⁸⁰.

Un transfert des responsabilités s'est fait progressivement de l'Etat à l'assurance maladie complémentaire, grâce aux contrats responsables et aux réseaux de soin.

§3 Des contrats complémentaires « responsables »

Les contrats dits responsables plafonnent la prise en charge des frais d'optique et des dépassements d'honoraires. Ils seront mis en place selon la chronologie ci-dessous.

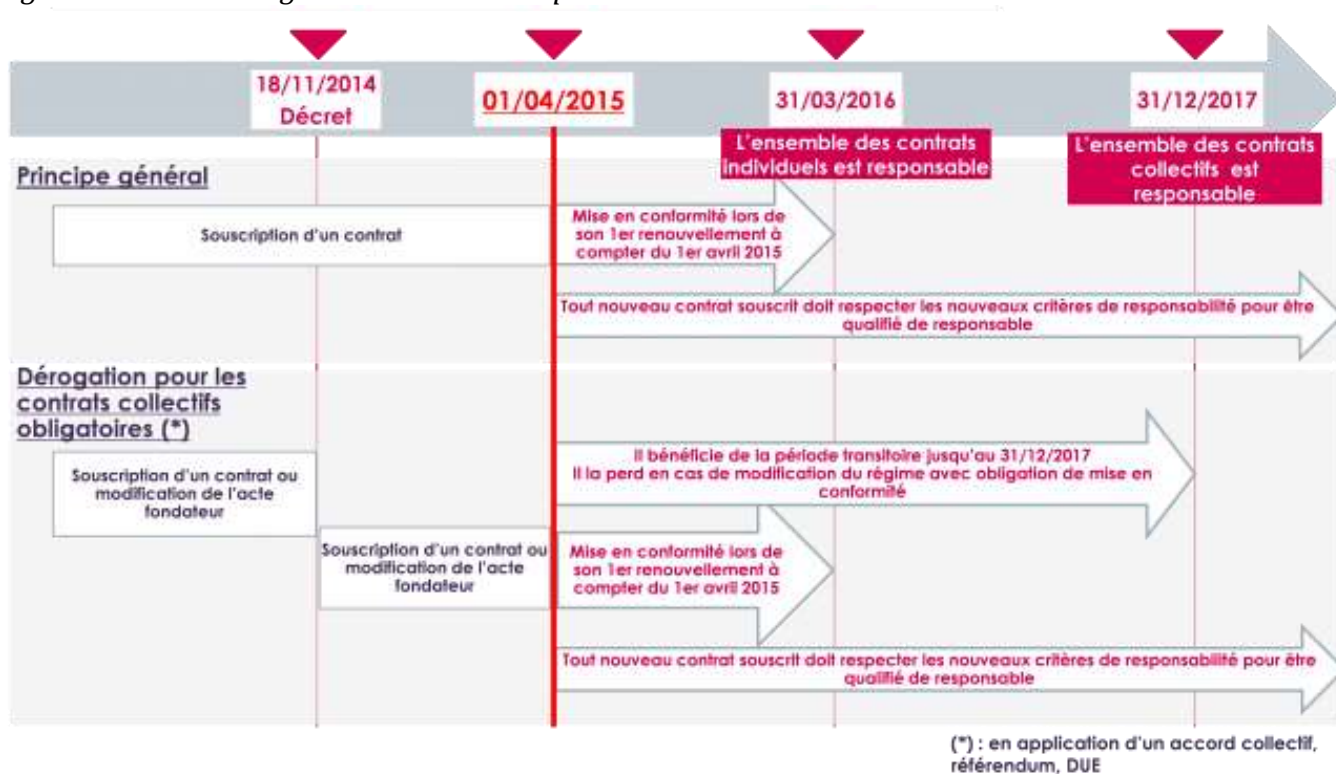
⁶⁷⁹ Il est à rappeler que le praticien ne peut adresser directement des données médicales aux organismes d'assurance complémentaire sous peine d'enfreindre le secret professionnel. Seul le patient, prévenu des éventuelles conséquences, peut transmettre les documents.

⁶⁸⁰ Crim. 7 mars 1973, JCP 1993.II.17495, note P.-J. Doll.

Lire à ce sujet : M. Harichaux, « *Les sites portails santé sur Internet : quelles perspectives ?* », RDSS 2000.p. 697.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

Figure 4: Entrée en vigueur du contrat responsable



Les tarifs des praticiens ne seront remboursés par les complémentaires que jusqu'à 125 % du tarif de prise en charge par le régime obligatoire jusqu'en 2017, et ensuite à 100 %.

Cependant le patient consultant un médecin qui a accepté de modérer ses dépassements en signant un «contrat d'accès aux soins» (CAS) devra être mieux remboursé que celui se rendant dans le cabinet d'un médecin qui n'a pas adhéré au CAS.

Le tableau ci-dessous montre un projet de prise en charge maximale et minimale incluant les frais dentaires décrit en 2014 sur le site internet d'une compagnie d'assurance.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

	Plancher	Plafond
SOINS DE VILLE (en % BRSS, SS incluse)		
Consultations médecine (dont actes réalisés par un médecin) hors CAS	100%	225% (2015 et 2016)*
Consultations médecine (dont actes réalisés par un médecin) CAS	100%	-
Pharmacie : vignettes blanches	100%	
Auxiliaires médicaux/Analyses/Transport	100%	-
Appareillage / prothèses	100%	-
HOSPITALISATION (en % BRSS, SS incluse)		
Honoraires hospitaliers	100%	225% (2015 et 2016)*
Forfait journalier hospitalier	Illimité	-
DENTAIRE (en % BRSS, SS incluse)		
Soins dentaires	100%	-
OPTIQUE** (en euros, SS exclue)		
Equipe ment verres simples	TM ou 50€	470€
Equipe ment verres complexes	TM ou 200€	750€
Equipe ment verres hypercomplexes	TM ou 200€	850€
Dont monture par équipement	-	150€
Lentilles	TM	

* Avec la contrainte additionnelle d'une différence de 20% à minima entre les remboursements CAS et hors CAS / 200% prévu en 2017

** Les forfaits optiques : exprimés sur 2 ans

L'article 56 de la LFSS pour 2014 était ambigu : « ces conditions peuvent comprendre des plafonds de prise en charge distincts par catégorie de prestations notamment ainsi que, s'agissant des soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et de certains dispositifs médicaux à usage individuel, des niveaux minimaux de prise en charge ».

Aujourd'hui la dentisterie n'est plus concernée par le débat mais l'optique est toujours largement impliquée dans ce projet⁶⁸¹.

Les critères pour devenir un contrat dit « responsable » pour les mutuelles sont finalement assez peu exigeants et 98% des offres répondent ainsi aux critères⁶⁸².

Ces contrats plafonnent les honoraires de façon insidieuse pour les médecins ayant

⁶⁸¹ Le décret mentionnant le contenu de ses contrats ne mentionne plus la dentisterie. (Décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales)

⁶⁸² MACSF.fr, Contrat responsable et panier de soins, ANI, 21 Janv. 2015, [https://www.macsf.fr/vous-informer/vie-professionnelle-carriere-sante/complementaire-sante-contrat-responsable-reforme.html], page consultée le 20 Sept. 2015.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

signé le contrat d'accès aux soins.

La croisade contre les dépassements d'honoraires gagne du terrain, de façon discrète et utilisant encore une fois l'assurance maladie complémentaire.

La mise en place des réseaux de soins utilise un mécanisme similaire pour encadrer le niveau des honoraires.

Section 2 Le réseau de santé, pierre angulaire du système

Les réseaux de soins ont été plus médiatisés que les contrats responsables, notamment en raison de l'arrêt de la Cour de cassation de 2010 mettant en position illégale la MGEN pour ses remboursements différenciés⁶⁸³.

La profession pensait alors avoir tourné la page de cette voie détournée pour plafonner les honoraires.

Il n'en est rien, le droit a été réécrit, donnant alors force et légitimité à ce système.

§1 Une réponse aux attentes des consommateurs

442.- La mise en place de réseaux correspond aux attentes des consommateurs.

En effet, 57 % des salariés interrogés souhaitent l'accès à un réseau de soins avec dispense d'avance de frais, 51 % une assistance à domicile si besoin.

Les négociations tarifaires avec les fournisseurs ou l'accès à des offres de crédit pour les soins lourds n'intéressent respectivement que 24 et 19 % des salariés.

Seuls 16% mentionnent les actions de prévention et 12 % un service Internet d'information et de suivi des remboursements⁶⁸⁴.

L'Autorité de la concurrence dans un avis rendu en septembre 2009⁶⁸⁵ a pour argument

⁶⁸³ Cour de cassation, Chambre civile 2, Audience publique du 18 mars 2010 N° de pourvoi : 09-10241, Publié au bulletin.

La mise en conformité du droit avec les remboursements différenciés qui a suivi n'était cependant pas une révolution puisque les sociétés privées étaient déjà autorisées à les pratiquer.

⁶⁸⁴ A. LOONES, « *Garanties et services : les attentes des salariés et des entreprises* », Synthèse des résultats de la huitième vague d'enquête réalisée pour le CTIP, Credoc, 2009.

⁶⁸⁵ Avis n°09-A-46 du 9 septembre 2009 relatif aux effets sur la concurrence du

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

que les conventionnements avec les professionnels de santé ont fait la preuve de leur efficacité.

Sans remettre en cause le libre choix du patient, ils garantiraient la qualité des prestations tout en réduisant le reste à charge⁶⁸⁶.

§2 Les réseaux ouverts et fermés

443.- Les réseaux de soins se divisent en deux catégories : les réseaux ouverts et fermés⁶⁸⁷.

444.- Les premiers acceptent tous les professionnels de santé qui souhaitent y adhérer, sous réserve de remplir les conditions fixées par les organismes complémentaires (volume d'honoraires, qualité, services rendus aux patients).

Dans les seconds, le nombre des membres est limité sur une zone géographique délimitée par l'organisme complémentaire⁶⁸⁸.

Selon l'Autorité de la concurrence, « *l'arbitrage entre les deux types de réseau résulte des considérations suivantes : la modération des coûts consentie par les professionnels conventionnés passe, en contrepartie, par l'espérance de recevoir un nombre significatif d'assurés des organismes complémentaires concernés comme clients grâce au réseau* »⁶⁸⁹.

développement des réseaux de soins agréés.

⁶⁸⁶ Délibération de l'UNOCAM, n° CONS.12-13 mai 2011, « Liberté contractuelle et réseaux de professionnels de santé – Article 22 de la proposition parlementaire de loi "Fourcade" et amendement n°259 de Mme V. BOYER ».

Nous aborderons justement le critère qualité dans la suite de nos développements.

⁶⁸⁷ Loi n° 2011-940 du 11 août 2011 Art 54 :

Conventionnement entre les professionnels et établissements de santé d'une part, et des mutuelles, assurances et institutions de prévoyance.

Santclair est un réseau fermé pour les opticiens mais ouvert pour la dentisterie

⁶⁸⁸ Lire à ce sujet le rapport n° 424 de l'Assemblée Nationale, XIV^{ème} législature, Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 21 novembre 2012.

⁶⁸⁹ Seule l'optique a l'autorisation de mettre en place des réseaux fermés en raison de l'absence de maîtrise en amont du nombre de professionnels et de l'ouverture des magasins. L'ensemble des études existantes relèvent que, pour accepter de modérer leurs tarifs, les opticiens doivent avoir l'espérance de recevoir un nombre significatif d'assurés, ce que permet seul un réseau fermé.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

445.- Les réseaux existent depuis 1999 pour le protocole passé par la CNSD avec la MGEN et 1996 avec la MFP même si le débat a pris de l'ampleur en 2013. (Annexe 4)

§3 Une mise en place généralisée à tous les organismes débattue

446.- La Cour de cassation⁶⁹⁰ a estimé dans un premier temps que la création et la participation à un réseau de soins n'étaient possibles que pour organismes de prévoyance et sociétés d'assurances, excluant les mutuelles.

L'article L 122-1, alinéa 3 du Code de la mutualité interdisait en effet aux mutuelles d'instaurer des différences dans le niveau des prestations en fonction du choix de l'assuré de recourir ou non à un praticien adhérent à un protocole de fournitures de soins ou membre d'un réseau de soins⁶⁹¹.

Le libre choix du chirurgien-dentiste, constitue pour la Cour « *un principe d'ordre public de portée générale* » consacré par l'article L. 4127-210 du Code de la santé publique.

Cet arrêt a placé le protocole MGEN dans une position illégale en 2010 alors que les conventions existaient depuis 1996 avec le protocole MFP suivi de la MGEN en 1999.

Pourtant, malgré cette condamnation, le système a perduré et la solution apportée a été d'adapter le droit aux faits.

Dans son rapport 2010 sur la Sécurité sociale, la Cour des comptes avait d'ailleurs préconisé de « *modifier le code de la mutualité pour rendre possible la différenciation des remboursements par les organismes complémentaires selon que les professionnels*

⁶⁹⁰ Cour de cassation, Chambre civile 2, Audience publique du 18 mars 2010 N° de pourvoi : 09-10241, Publié au bulletin.

⁶⁹¹ Article L112-1 du Code de la mutualité. Version en vigueur du 22 avril 2001 au 29 janvier 2014 :

« *Les mutuelles et les unions visées au présent article ne peuvent instaurer de différences dans le niveau des prestations qu'en fonction des cotisations payées ou de la situation de famille des intéressés ou lorsque l'assuré choisit de recourir à un professionnel de santé, un établissement de santé ou un service de santé avec lequel les mutuelles, unions ou fédérations ont conclu une convention dans les conditions mentionnées à l'article L. 863-8 du code de la sécurité sociale* ».

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

consultés font partie ou non des réseaux qu'ils promeuvent »⁶⁹².

Cette même proposition était incluse dans le rapport commun de l'Igas et de l'IGF de juin 2012 sur la maîtrise de L'ONDAM.

Le vote de la proposition sur les réseaux de soins en juin 2013 harmonisant le cadre juridique des mutuelles et assurances s'est fait à la suite de discussions afin de concilier principes de la médecine libérale et accès aux soins⁶⁹³.

La proposition de loi de Monsieur Bruno Le Roux comprend ainsi la mise en place de réseau assortie d'un cadre juridique, sorte de garde-fou⁶⁹⁴.

L'article 2 de la proposition de loi insère à l'article L 863-8 du Code de la sécurité sociale un article prévoyant que les conventions conclues par tout organisme complémentaire, quel que soit son statut juridique, avec un professionnel, un établissement ou un service de santé respectent plusieurs principes:

- « droit fondamental de chaque patient au libre choix du praticien ;
- critères objectifs, transparents et non discriminatoires pour l'adhésion du professionnel à la convention ;
- absence de clause d'exclusivité ».

L'article 3 de la proposition de loi prévoit la remise par le Gouvernement d'un rapport au Parlement sur le bilan et l'évaluation des conventions passées entre les Ocam et les professionnels et les établissements tous les ans pendant trois ans.

Selon l'article L. 162-14-3 du Code de la sécurité sociale

⁶⁹² Cour des Comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, 2010, p. 350.

⁶⁹³ Assemblée Nationale, constitution du 4 octobre 1958, XIII^{ème} législature Rapport n° 3293, Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 30 mars 2011, « Diverses mesures relatives à l'amélioration de l'accès aux soins de la population ».

⁶⁹⁴ Proposition de loi relative au fonctionnement des réseaux de soins créés par les mutuelles et aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes de protection sociale complémentaire et les professionnels de santé Sénat, session extraordinaire de 2012-2013, Rapport n° 775, Y. DAUDIGNY, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 17 juillet 2013.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

« Les accords, conventions ou avenants concernant des professions ou prestations, définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pour lesquelles la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie est minoritaire, ne sont valides que s'ils sont également conclus par l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire ».

Ces professions sont les chirurgiens-dentistes, les audioprothésistes et les opticiens-lunetiers selon un arrêté du 5 mai 2009⁶⁹⁵.

La loi a été promulguée le 27 janvier 2014⁶⁹⁶.

Saisi le 26 décembre 2013 d'un recours déposé par plus de 60 députés, le Conseil constitutionnel a rendu une décision déclarant la loi conforme à la Constitution.

Le texte voté ouvre la porte aux réseaux mutualistes en toute légalité.

La pratique dentaire est directement visée.

§4 Intérêts supposés du réseau

Si les réseaux se développent, que certains patient les recherchent, que des praticiens y adhèrent, il convient d'analyser les avantages de ce type de partenariat.

A/ Pour le patient

447.- Une enquête de l'institut CSA a révélé que 67 % des usagers conditionnaient le choix de leur organisme complémentaire à l'existence d'un réseau de soins⁶⁹⁷.

L'un des acteurs majeurs de cette nouvelle façon d'accompagner le patient est le groupe

⁶⁹⁵ Pour les autres professions les conventions ne pourront pas comporter de stipulations tarifaires liées aux actes et prestations fixés par l'assurance maladie.

Un aménagement a été fait pour les dépassements d'honoraires des médecins.

La commission a donc décidé que, pour les médecins, le niveau de remboursement par les organismes complémentaires ne pourrait être modulé selon que le patient consulte ou non au sein d'un réseau.

⁶⁹⁶ Loi n° 2014-57 du 27 janvier 2014 relative aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie complémentaire et les professionnels, établissements et services de santé.

⁶⁹⁷ Chiffres avancées par Alain Rouché, directeur Santé de la Fédération française des sociétés d'assurances au cours de la discussion du 19 juin 2013 au Sénat sur la proposition de loi relative au fonctionnement des réseaux de soins créés par les mutuelles et aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes de protection sociale complémentaire et les professionnels de santé.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

Santéclair qui se définit lui-même comme une « *entreprise d'aide au consommateur dans le domaine de la santé, accompagne les complémentaires santé* »

Existant depuis 2000 dans le domaine dentaire, cette structure domine à ce jour le marché du conseil et de l'assistance.

L'objectif affiché par ces organismes est de mettre au point de nouvelles garanties et de diminuer le reste à charge pour le patient par réduction de 20 à 30% des dépenses de remboursement⁶⁹⁸.

Le patient bénéficie donc d'honoraires encadrés et d'une meilleure prise en charge par son assureur.

448.- De plus des sociétés comme Santéclair ou Ligne claire apportent une mission de conseil sur les devis, le plus souvent en terme de volume d'honoraires.

Le patient se sent donc rassuré par cet avis extérieur, qu'il croit impartial et sachant.

Les centres E. Leclerc, grands chevaliers du pouvoir d'achat, ont ainsi leur homologue en santé. Santéclair dit lutter pour les patients, afin de rétablir des marges acceptables sur les soins dentaires.

⁶⁹⁸ La Tribune, « *Marianne Binst bouscule les habitudes en assurance santé* », 12 avril 2007.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique



Capture d'écran de la page Facebook du réseau Santéclair (2012).

449.- Effectivement le praticien adhérent à ce réseau s'impose de respecter des honoraires dont le plafond est largement abaissé.

Si le protocole MGEN par exemple admet des honoraires relativement compatibles avec une pratique de qualité et une prothèse achetée dans un laboratoire français, la grille tarifaire Santéclair impose un rythme de soin soutenu et une réduction des coûts de production (suppression d'étapes, réalisation rapide des soins à perte, multiplication des actes prothétiques pour rentabiliser une empreinte...)

Le patient à qui l'on fait croire que le seul paramètre discriminant d'une couronne est le prix oublie la comparaison en termes de qualité, ou ne peut tout simplement pas la faire en raison de l'asymétrie d'information.

B/ Pour le praticien

450.- La « loi Le Roux » impose une adhésion du praticien au réseau sur des critères « objectifs, transparents et non discriminatoires » excluant toute clause d'exclusivité.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

451.- Lorsque les organismes des réseaux le démarchent, un des arguments est souvent une croissance de la patientèle.

Les patients étant mieux pris en charge chez les dentistes adhérents, ils peuvent se détourner de leur praticien non « conventionné » et donc augmenter l'activité.

Les honoraires imposés sont souvent inférieurs à ceux pratiqués, mais puisque le vivier de patient s'agrandit, le chiffre global d'affaire devrait rester équivalent.

452.- Comment l'organisme peut-il promettre un accroissement de patientèle sans détourner une partie de ses adhérents vers un dentiste partenaire?

Implicitement, les groupements avouent ainsi diriger les patients hésitants vers les membres de leur réseau.

Ceci peut se faire par la promotion de leur réseau en amont de la demande de soin.

Le patient ayant besoin de soin contactera alors directement un praticien affilié.

Une autre option plus gênante est l'invitation à changer de praticien lorsqu'un devis prothétique est soumis.

Nous savons que cette option est fréquente.

C/ Information ou détournement de patientèle ?

453.- Santéclair se défend de détourner les patients vers les signataires du réseau.

Le libre choix du praticien reste de mise...mais le choix est fortement orienté.

Aucune clause légale n'interdit à ces organismes de conseiller une liste de praticien adhérent.

La mise en place de réseaux, voulue par le gouvernement afin de favoriser l'accès aux soins, perdrait d'ailleurs tous son sens.

Le détournement de patientèle peut être caractérisé par :

- la réalisation de photocopies de dossier de patients et la communication de ses coordonnées personnelles en vue d'une prochaine installation à titre personnel, même lorsque l'exercice antérieur était sous forme salariée⁶⁹⁹.

- le non respect de la clause de non-concurrence interdisant à un professionnel de santé,

⁶⁹⁹ CA Nancy, 28 Mai 2010 , n° 08/01691.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

à l'expiration d'un contrat d'exercice libéral, de travailler dans un secteur géographique déterminé pendant une période limitée faisant « *obstacle à ce que ce dernier, même s'il travaille en dehors de la zone d'interdiction, prodigue des soins à des clients attachés au cabinet dans lequel il a exercé et résidant dans le secteur géographique visé par la clause de non-concurrence* »⁷⁰⁰;

- le fait de démarcher « *chacun des patients et en propageant ces rumeurs* », comportement « *constitutif d'un détournement frauduleux de clientèle* »⁷⁰¹;

454.- Le détournement peut également être réalisé par des tiers...notamment par les secrétariats.

Citons l'exemple de cette praticienne d'une clinique privée :

« *le Dr C., devant la chambre disciplinaire de première instance de l'Ordre des médecins d'Ile de France, a reconnu à la barre que son secrétariat avait, à deux reprises au moins, tenté de décourager des patients du Dr Lisa G. de prendre rendez-vous avec elle et de les diriger vers un autre praticien ; que, certes, la faute disciplinaire ne peut être reprochée qu'au médecin lui-même et non à la clinique, mais que le préjudice né des détournements opérés par le personnel de la clinique, sur instructions de son directeur, ressortit de la responsabilité civile de celle-ci et que c'est donc à juste titre que le Dr Lisa G. en demande réparation à la CRPCE* »⁷⁰².

Lorsque le collaborateur quitte le cabinet, le titulaire donne souvent la consigne de ne pas donner d'information sur son lieu de réinstallation aux patients désireux de le suivre. Le jeune installé lui essaiera lui de détourner de façon plus ou moins frauduleuse la patientèle...

La responsabilité d'un détournement de patientèle réalisé par une assistante ou une secrétaire revient au praticien.

Qu'en est-il lorsque le tiers est totalement extérieur au cabinet ?

Citons un arrêt portant sur le couponnage électronique...

« *Attendu qu'en statuant ainsi, alors qu'il résultait des constatations de l'arrêt que le*

⁷⁰⁰ Cour de cassation, 1^{re} chambre civile, 16 Oct. 2013, n° 12-23.333.

⁷⁰¹ CA Nancy, 24 juin 2013, n° 12/01567.

⁷⁰² CA, Paris, 9 Sept. 2011, n° 13/01268

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

couponnage électronique permettait, en l'espèce, à l'occasion de ventes d'un produit déterminé, de remettre à un acheteur, lors du passage en caisse, un bon de réduction destiné à augmenter le taux de pénétration sur le marché d'un produit également proposé à la vente par un concurrent dans le magasin, ce dont il ressortait qu'un tel agissement était constitutif de détournement de clientèle, la cour d'appel a violé le texte susvisé »⁷⁰³.

Le parallèle est osé mais, lors du passage du devis à l'organisme complémentaire, ce dernier propose des « réductions » chez des praticiens concurrents... la similitude est intéressante.

455.- Le courrier ci-dessous adressé par la compagnie Allianz en atteste :

⁷⁰³ Le couponnage électronique est constitutif de détournement de clientèle – Cour de cassation, com. 18 novembre 1997, D. 1998. 260.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique



29915912/43788/0033/06 1/1
0.140731491107023383

N°ME [REDACTED]

Boulogne, le 06/05/2015

Madame

Vous nous avez fait parvenir un devis pour analyse. Nous vous remercions pour la confiance que vous nous accordez.

Nous espérons que la solution alternative pour réduire votre reste à charge répond à vos attentes.

Pour rappel, à plan de traitement identique, cette solution réduirait votre reste à charge de 910,00 €.

Concernant votre devis initial, vous trouverez ci-dessous le montant de votre reste à charge. Si votre devis comportait des actes de soins dentaires ou de radiologie, ces derniers ne figurent pas dans le tableau mais seront intégralement remboursés (sous réserve du respect de la réglementation).

Identification Patient (P) / N° REF [REDACTED]

Allianz	N° Contrat : [REDACTED]	
P Nom : [REDACTED]	Prénom : [REDACTED]	Né(e) le : [REDACTED]
Régime social : Travailleurs non salariés (régime AMPI)		

Détail de l'évaluation de remboursement [REDACTED]

Montants calculés d'après la nature de l'acte, suivant la CCAM dentaire en vigueur depuis le 1er juin 2014.
Sur la base des prestations applicables pour l'année civile en cours

Nature de l'acte	Cotation	Code gestion	Montant dépenses	Montant remboursé RO*	Montant remboursé complémentaire**	Restant à charge pour l'assuré
Implants		IMPL	1000,00	0,00	300,00	700,00
Pilier implantaire		IMPL	450,00	0,00	0,00	450,00
Couronne sur implant		IMP	560,00	75,25	193,50	291,25
Total en Euros			2010,00	75,25	493,50	1441,25

Sous réserve que la facture ou établie soit libellé conformément au devis initial

*Sous réserve de la prise en charge maladie obligatoire (AMO) du montant indiqué dans le tableau.

**Sous réserve de l'ouverture de vos droits à la date des soins et l'éventuelle consommation des plafonds de votre garantie.

Pour toute information complémentaire, n'hésitez pas à nous joindre au 09 70 80 98 15 du lundi au vendredi de 9h00 à 19h30 et le samedi de 9h00 à 17h00.

Cordialement

[REDACTED]
Votre conseiller Allianz Santé Service.

Ces pratiques sont quotidiennes, les mutuelles allant jusqu'à rappeler les patients pour leur conseiller un autre praticien oralement, bien loin de leur obligation de présenter une liste.

Santclair se défend sur son *blog* insistant sur son devoir d'information⁷⁰⁴.

⁷⁰⁴ Blog de Santclair, « *Détournement de patients, la FSDL s'enfonce dans le délire* », 22 Août 2013, [https://www.santclair.fr/blog/detournement-de-patients-la-fsdl-

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

Cette structure est à mi-chemin entre l'agent commercial⁷⁰⁵ et le courtier... ayant un intérêt personnel puisque les dépenses qu'elle rembourse sont maîtrisées et n'étant pas directement rémunérée par le patient ni par le praticien mais trouvant un bénéfice en maîtrisant les prestations remboursées.

Elle met en relation deux parties en représentant directement le patient sous couvert de l'accès aux soins.

Une différence réside dans l'indemnité en cas de cessation de relation avec le mandant, le patient⁷⁰⁶... La liberté de choix du praticien existe toujours...

Mais comme pour le courtier ou l'intermédiaire, l'obligation d'information est de mise.

Le courtage matrimonial a bien cette obligation d'information, la mise en relation ne peut suffire⁷⁰⁷.

L'exigence n'est pas nouvelle. Un arrêt ancien de la Cour de cassation a délimité le contenu des obligations du courtier.

« Le rôle du courtier ne se limite pas à mettre en présence le futur assuré et son futur assureur et à laisser ces derniers discuter entre eux sans intermédiaire les clauses du contrat à intervenir ; que si le futur assuré s'adresse à un courtier, c'est parce que lui-même n'ayant pas le temps nécessaire et surtout ne possédant pas la compétence technique et juridique indispensable à la discussion de la rédaction initiale de la police et des modifications susceptibles d'y être ultérieurement apportées, il le considère comme ayant les connaissances qui lui font défaut pour gérer au mieux ses intérêts et assurer dans les meilleures conditions la couverture des risques considérés »⁷⁰⁸.

Une information portant uniquement sur les coûts, est-ce une information totale et

senfonce-dans-le-delire/], page consultée le 20 Sept. 2015.

⁷⁰⁵ Aux termes de l'art. 1er de la loi du 25 juin 1991, « *L'agent commercial est un mandataire qui, à titre de profession indépendante, sans être lié par un contrat de louage de services, est chargé, de façon permanente, de négocier et, éventuellement, de conclure des contrats de vente, d'achat, de location ou de prestation de services, au nom et pour le compte de producteurs, d'industriels, de commerçants ou d'autres agents commerciaux. Il peut être une personne physique ou une personne morale* ».

⁷⁰⁶ C. Commerce, Art. L 134-12.

⁷⁰⁷ T. DE RAVEL, « *De l'obligation d'information en matière de courtage matrimonial* », 7 Sept. 2015. Civ. 1re, 9 juill. 2015, F-P+B, n° 14-23.109.

⁷⁰⁸ Cass 1ère civ 10 nov. 1964 JCP 1965 II 13981.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

impartiale ? Il ne nous semble pas que les obligations sur ce point soient remplies.

Il s'agit donc d'une société de mise en relation atypique, dont le principal écueil est ne pas miser sur la qualité des prestations.

Si nous ne pouvons mettre en doute le professionnalisme de l'ensemble de ses adhérents, il semble regrettable qu'aucun contrôle ne soit effectué pour ce qui concerne la dentisterie.

Les syndicats et l'Ordre alertent sur ce point, sans toutefois être entendus par le gouvernement.

La profession s'est élevée contre ces pratiques fondées sur des considérations financières allant jusqu'au boycott.

§5 Le boycott Ordinal⁷⁰⁹

456.- Les difficultés de mise en place du réseau Kalivia⁷¹⁰ résument les points de discordance principaux que nous avons évoqués.

Les négociations entre la CNSD et l'OCAM n'ont en effet pas abouti pour les raisons suivantes :

- une gestion administrative supplémentaire en raison de la délégation de paiement pour le patient, ce qui équivaut à un tiers payant et la nécessité de saisir en ligne les devis en plus de la remise au patient du devis conventionnel, source d'économies pour l'organisme en frais de gestion;
- la modération des honoraires assez forte sans contrepartie pour les soins réalisés à perte ;
- l'engagement de répondre au chirurgien-dentiste consultant ;

⁷⁰⁹ Selon la Chambre commerciale de la Cour de cassation dans un arrêt du 22 octobre 2002, S.A. Vidal c/FFSA, « *Le boycott constitue une action délibérée en vue d'évincer un opérateur du marché et a donc par nature un objet anticoncurrentiel* ».

⁷¹⁰ KALIVIA est une plateforme de service assurantielle. Elle a été créée par une mutuelle, Harmonie Mutuelle et un institut de prévoyance, MALAKOFF-MÉDÉRIC. Le réseau est opérationnel depuis le 1^{er} juillet 2015.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

- la simple promesse et non la garantie de l'amélioration du remboursement pour une partie de ces contrats.

457.- Le Conseil de l'Ordre s'est fermement opposé à la mise en place de partenariat en empêchant ses membres d'intégrer le réseau de praticiens de Santéclair ou tentant de les contraindre à en sortir laissant entendre qu'à défaut, ils seraient susceptibles d'être sanctionnés en cas de poursuites disciplinaires.

Une circulaire a été adressée aux membres et des articles dans La Lettre ont poussé 49 praticiens à résilier leur partenariat entre novembre 2002 et janvier 2008 motivés, pour une très large majorité, par la position de l'Ordre⁷¹¹.

L'article L. 4121-2 du Code de la santé publique dispose que l'Ordre « *veille au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement [...] et à l'observation, par tous les membres, des devoirs des professionnels, ainsi que des règles édictées par le code de déontologie prévu à l'article L. 4127-1* ».

En déclarant la non-conformité des clauses contenues par le protocole aux règles déontologiques, l'avis du Conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes s'inscrit donc pleinement dans le cadre de la mission générale qui lui est confiée par cette disposition.

La décision du Conseil d'État rendue le 25 octobre 2004⁷¹² suite au recours exercé par Santéclair devant les juridictions administratives confirme qu'« *il appartient aux conseils compétents de l'Ordre des chirurgiens-dentistes [...] de veiller au respect des règles déontologiques notamment en ce qui concerne les accords conclus entre des praticiens et des organismes intervenant sur le marché de la santé* ».

L'avis déontologique n'entre pas dans le champ de la consultation obligatoire du Conseil de l'Ordre prévue notamment à l'article L. 4113-9 du Code de la santé publique et doit donc être regardé comme une simple réponse à une demande d'information, rendue dans le cadre de la mission générale confiée à l'Ordre par l'article L. 4121-2 du même Code.

⁷¹¹ E. FERRE, « *Le Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes et la pratique du boycott* », Gazette du Palais, 20 juin 2009 n° 171, p. 35.

⁷¹² CE (4e et 5e sous-sect.) 25 Oct. 2004 : Société Santéclair, n° 253214, Gazette du Palais, 22 Mars 2005, n° 81, p. 19.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

Le Conseil national de l'Ordre et les Conseils départementaux en cause, ont « *mis en œuvre une pratique contraire aux dispositions de l'article L. 420-1 du Code de commerce* ».

Saisie par Santéclair, l'Autorité de la concurrence en 2009⁷¹³ estimait qu' « *en faisant pression sur les chirurgiens-dentistes pour qu'ils quittent ou s'abstiennent de rejoindre le réseau Santéclair (...), le CNOCD et les conseils départementaux en cause ont mis en œuvre une pratique assimilable à un appel au boycott, dont le but était d'évincer Santéclair du marché* ».

Un Ordre professionnel ne peut donc, sous couvert de déontologie, appeler au boycott⁷¹⁴.

La déontologie ne peut ainsi être le vecteur de pratiques restreignant la concurrence, ainsi que l'a rappelé l'ancien président de la chambre commerciale de la Cour de cassation :

« On sait que les règles déontologiques exposent des pratiques sans le respect desquelles l'exercice même de la profession devient impossible ; on craint qu'elles ne deviennent des instruments de déviance portant atteinte à l'intérêt général. [...] La règle déontologique doit être appréciée au regard de son rôle dans le jeu de la concurrence; sa relation avec la préservation de la libre concurrence est loin d'être acquise».

L'Ordre a ainsi perdu son procès en appel face à Santéclair après avoir été attaqué par le Conseil de la concurrence.

La condamnation prononcée par la Cour d'appel de Paris confirme l'amende de 78000 euros infligée par le Conseil de la concurrence au Conseil national et à cinq conseils départementaux⁷¹⁵.

⁷¹³ Décision 09-D-07 du 12 février 2009 relative à une saisine de la société Santéclair à l'encontre de pratiques mises en œuvre sur le marché de l'assurance complémentaire santé.

⁷¹⁴ G.DECOQ, Contrats Concurrence Consommation, 01 Août 2011, n°8, p. 21-21.
Cour de cassation, Chambre commerciale, 7 juin 2011, pourvoi n°10-12.038, Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes.

⁷¹⁵ Ce boycott sous couvert de limiter le principe de libre choix du praticien n'est pas sans rappeler les positions prises lorsqu'il a été mis en place les conventionnements de praticiens avec l'assurance maladie.
Le partenariat est finalement rentré dans les mœurs... Une très grande majorité de

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

L'angle d'attaque des instances ordinales basé sur la sanction des « collaborateurs » n'est sans doute pas le meilleur.

Peut-être serait-il plus juste, moins critiquable et plus efficace d'informer les patients sur les critères qualités afin qu'ils soient conscients de ce qu'implique un prix trop bas.

Santclair poursuit son combat en s'attaquant aux syndicats, notamment la FSDL et a porté plainte auprès de l'Autorité de la concurrence pour appel à boycott de son réseau par le syndicat dentaire et par quelques Conseils de l'Ordre départementaux donnant lieu à des perquisitions le 5 mai 2015.

Conclusion

458.- La relation entre les praticiens et les organismes complémentaire s'apparente parfois à un bras de fer.

Il semble que les praticiens ne soient plus en position dominante étant donnée l'importance grandissante de ces acteurs.

Ces derniers bénéficient en effet des politiques de santé, prêtes à tout pour dissimuler leur manque de capacité à participer aux dépenses de soins dentaires.

Après avoir tenté de discréditer la profession, les assureurs complémentaires essuient cependant quelques critiques sur leur mode de fonctionnement, ces organismes restent avant tout rappelons le, à l'exception des mutuelles, des organismes à but lucratif.

459.- Les phénomènes de sélection adverse compliquent en effet l'accès aux complémentaires.

Les seniors sont les premiers touchés.

Le passage à la retraite est un changement majeur pour la couverture santé. La prise en charge patronale disparaissant, la totalité reste à la charge du patient, compliquant ainsi

praticiens se sont conventionnés...

Lire à ce sujet : « *La réforme de l'assurance maladie-invalidité et le conflit médecins - Gouvernement* », Courrier hebdomadaire du CRISP, Juill. 1964 (n° 232) , p. 1-22.

Pour les mêmes raisons plus récemment le Conseil national de l'ordre des médecins et le Syndicat national des ophtalmologistes de France ont été sanctionnés : décision de la Cour de cassation, Chambre criminelle, Audience publique du 11 janvier 2012 n° de pourvoi : 10-88908, Non publié au bulletin.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

l'accès à la couverture santé complémentaire.

Les organismes mutualistes sont les structures qui indexent le moins le montant de la prime sur l'âge de l'adhérent, il n'en est pas de même pour les autres organismes.

Par ailleurs l'opacité des conditions de prise en charge est toujours problématique pour le consommateur.

Ce dernier doit donc trouver des stratégies pour s'adapter à ces nouvelles répartitions de la prise en charge des soins.

Titre Troisième L'adaptation de la patientèle

460.- Un sondage OpinionWay de 2012⁷¹⁶ met en avant les aménagements que les français seraient prêts à concéder, ou non, pour leurs dépenses de soins.

- 43 % penseraient à un crédit pour faire face à une dépense de santé imprévue;
- 37 % se disent prêts à diminuer leurs dépenses de santé plutôt que de renoncer à des activités de loisirs;
- 5 % préfèrent renoncer à des soins plutôt que d'amputer leur budget alimentaire ;
- 83 % des interrogés se disent prêts à souscrire une complémentaire santé qui adapte ses tarifs à leur situation familiale et leur fréquence de recours aux soins;
- 26 % penseraient au tourisme médical pour se soigner moins cher.

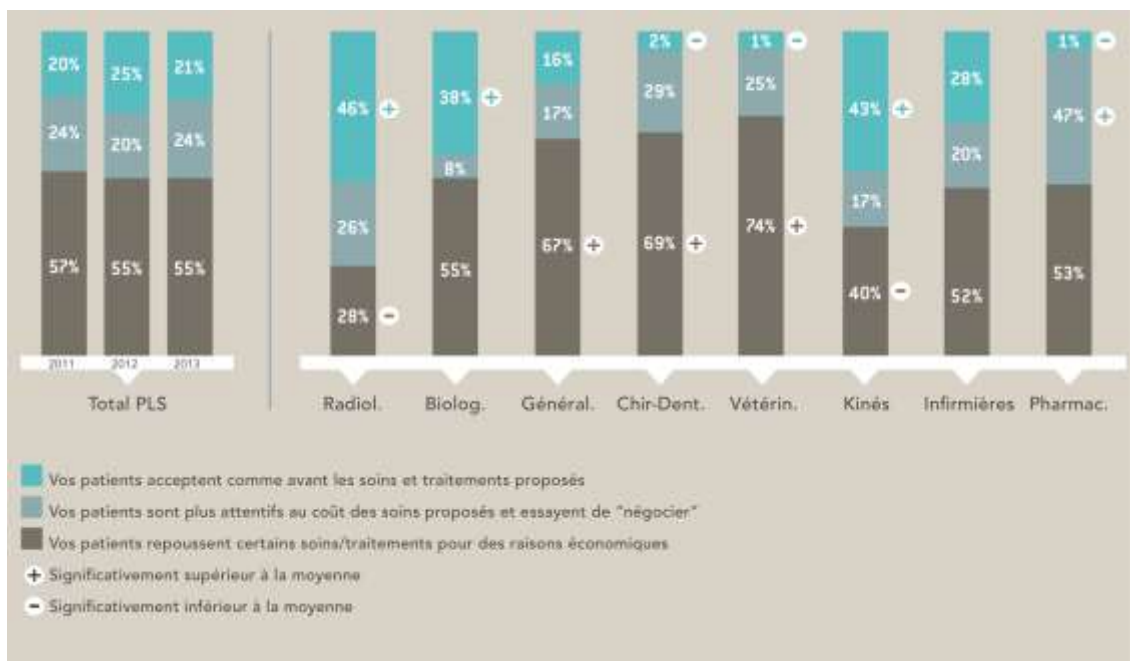
461.- Du côté des praticiens les modifications des habitudes sont ressenties aussi. En effet, d'après le sondage Scan CMV Mediforce 2012, 63 % des chirurgiens-dentistes français jugent que leurs patients diffèrent les soins pour des raisons économiques. Selon une étude du même groupe, 29 % de leurs patients tenteraient de négocier les prix. Le graphique suivant résume le ressenti des praticiens⁷¹⁷.

⁷¹⁶ Le magazine mutualiste du groupe Macif, Mutualité. Sondage OpinionWay : les Français et les restrictions de dépenses en matière de santé, 2012
[<http://www.faire-face.fr/media/01/00/1658776228.pdf>]

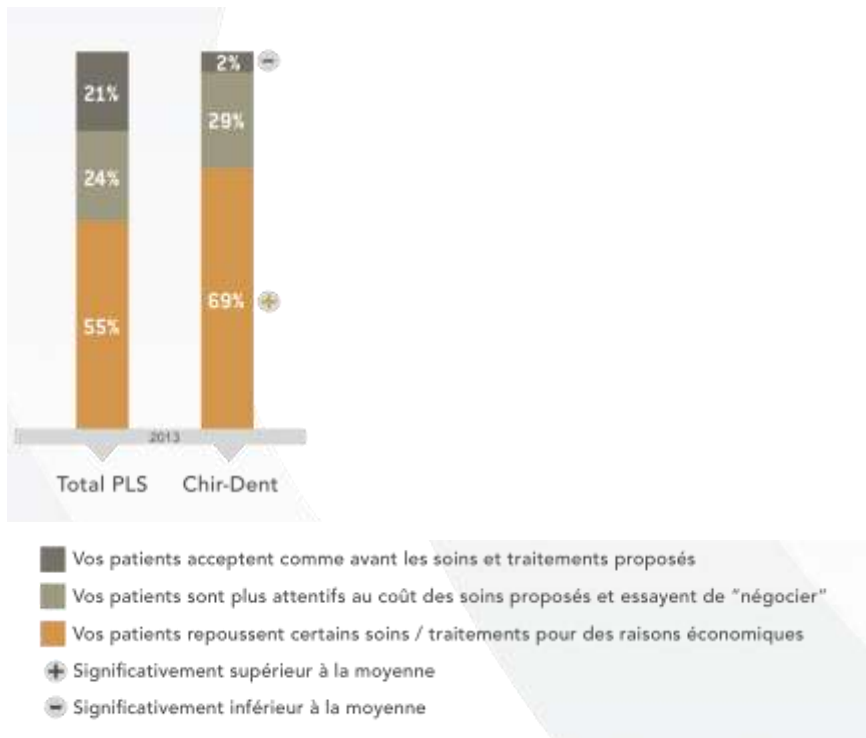
⁷¹⁷ CMV Mediforce - BNP Paribas. 3ème édition du Scan CMV-Médiforce « sur le moral des professionnels libéraux ». 2014, p. 11.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

Etude CMV Mediforce auprès de l'ensemble des professionnels de santé, D'après votre expérience, que diriez-vous aujourd'hui:



Etude CMV Mediforce auprès des chirurgiens-dentistes, D'après votre expérience, que diriez-vous aujourd'hui : ⁷¹⁸



⁷¹⁸Idem, p. 56.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

462.- Le reste à charge pour les patients est important pour les soins dentaires et demande le plus souvent des arbitrages à réaliser dans les dépenses du ménage.

Le budget affecté aux dépenses dentaires par les ménages représente 27% du total des dépenses de santé selon l'OCDE⁷¹⁹.

A titre de comparaison le pourcentage est de 18% pour les Pays Bas ;

La France se situe à la cinquième place du classement européen.

La probabilité d'une consultation au cours des deux dernières années est de 65% pour les revenus les plus bas et de 82% pour les plus élevés.

Ainsi malgré un reste à charge important, la France conserve une position intéressante dans le classement pour l'accès aux soins bucco dentaires.

Le patient en difficulté a donc deux options : renoncer ou négocier les honoraires.

⁷¹⁹ OCDE, « Panorama de la santé 2013 : Les indicateurs de l'OCDE », Ed. OCDE, 21 Nov. 2013, p. 212, [http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-fr].

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

Chapitre 1 Du renoncement aux soins à la négociation des honoraires

463.- En médecine vétérinaire, il est admis que le choix d'un traitement peut être établi en fonction des conséquences financières qu'il impose au propriétaire⁷²⁰.

Cette disposition n'est permise que pour cette profession et le chirurgien-dentiste doit, en théorie, prescrire uniquement sur des critères médicaux.

Soigner en fonction des possibilités financières n'est absolument pas dans les mœurs de la société française.

Section 1 S'adapter aux moyens financiers ?

464.- Le patient doit recevoir les soins les plus appropriés même s'il ne peut payer.

Puisque le patient ne peut payer, que les organismes d'assurances refusent la prise en charge, qui doit payer ?⁷²¹

Dans la pratique la réponse n'est pas transparente.

465.- Une fois encore, les critères de remboursement posent question.

Pour les prothèses amovibles complètes inférieures, le « *gold standard* » doit être la pose de deux implants et mise en place d'attachements afin de permettre à la prothèse de tenir⁷²².

Moins déstabilisée par la langue, elle crée moins de résorption des crêtes osseuses dans le temps et surtout augmente considérablement l'efficacité masticatoire.

Pourtant ce traitement supplémentaire n'est absolument pas remboursé.

⁷²⁰ Code de déontologie des Vétérinaires, Art. R. 242-44. - Principes à suivre en matière de prescription de médicaments :

(...) « *Dans les limites fixées par la loi, et en particulier par les dispositions des articles L. 5143-4, L. 5143-5 et L. 5143-6 du code de la santé publique, le vétérinaire est libre de ses prescriptions. Il ne saurait aliéner cette liberté vis-à-vis de quiconque.*

Sa prescription est appropriée au cas considéré.

Elle est guidée par le respect de la santé publique et la prise en compte de la santé et de la protection animales.

Elle est établie compte tenu de ses conséquences, notamment économiques, pour le propriétaire du ou des animaux ».

⁷²¹ Lire à ce sujet D. JACOTOT, « Le praticien et les conditions d'exercice actuelles », Bull. Acad. Natle Chir. Dent., 2005, p. 46.

⁷²² « *The McGill Consensus Statement on Overdentures Mandibular two-implant overdentures as first choice standard of care for edentulous patients* », Gerodontologie, Vol. 19, n° 1, Juil. 2002, p. 3-4.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

466.- La question des critères permettant le remboursement a justement été soumise au ministère du travail par une question écrite⁷²³.

« Mme Marguerite Lamour appelle l'attention de M. le ministre du travail, de l'emploi et de la santé sur les difficultés que rencontrent de très nombreuses personnes pour subvenir aux frais de soins dentaires.

Certaines interventions jugées « esthétiques », alors qu'elles répondent en vérité à des besoins vitaux, ne sont pratiquement pas remboursées par la caisse primaire d'assurance maladie.

Les remboursements de prothèses dentaires n'ont pas été réévalués depuis 1974, ce qui crée un frein aux soins pour les assurés sociaux. Aujourd'hui, de nombreux Français (certains souffrant de lourdes pathologies) ne peuvent pas réaliser les soins dentaires dont ils ont besoin. Il n'est pas normal que nos concitoyens soient dans l'obligation de renoncer à ces soins. Aussi, elle aimerait connaître les mesures que le Gouvernement entend prendre pour remédier à ce grave problème ».

Le gouvernement n'a pas apporté de réponses à ce point.

Le praticien est dans une position schizophrénique, soigner selon les données acquises de la science avec des thérapeutiques coûteuses alors que ni le patient ni l'assurance maladie ne peuvent payer...

467.- L'arrêt Morocutti illustre le dilemme du praticien face à un patient désargenté... ou ne souhaitant pas investir dans son capital dentaire.

La patiente en question a dû renoncer à la mise en place d'un traitement par prothèse fixée pour un appareil amovible moins coûteux, le reste à charge n'étant que de 400 F au lieu de 11 400 F⁷²⁴.

L'expert, par contre, avait conclu à un manquement aux règles de l'art, l'extraction des trois dents lui paraissant contre-indiquée et la prothèse fixe s'imposer.

Ce manquement aux règles de l'art constitue-t-il une faute de nature à engager la

⁷²³ Question N° 104000 au Ministère du Travail, publiée au JO le 5 Avril 2011, p. 3310.

⁷²⁴ L. DUBOUIS, « La prothèse et l'argent : le juge agent de la réforme de notre système de soins », Note sous 1^{re} chambre civile de la Cour de cassation, 19 Déc. 2000, Mme Morocutti, RDSS, 2001;37:278.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

responsabilité du praticien?

La Cour de cassation a tranché : les considérations relatives à la prise en charge financière du traitement ne « *peuvent autoriser un praticien à dispenser des soins non conformes aux données acquises de la science* ».

Effectivement juridiquement rien ne permet au praticien de passer outre ces considérations.

L'arrêt Mercier du 20 mars 1936 impose au médecin ou au chirurgien-dentiste de donner « *des soins consciencieux, attentifs et réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science* »⁷²⁵.

L'incapacité de paiement des soins n'a jamais été admise au nombre des circonstances exceptionnelles.

La liberté thérapeutique doit s'exercer d'abord dans l'intérêt du malade⁷²⁶.

468.- Le Code de la santé publique s'inscrit dans la même lignée.

« *Le chirurgien-dentiste ne doit en aucun cas exercer sa profession dans des conditions susceptibles de compromettre la qualité des soins* ». (Article 4127-204)

« *Le chirurgien-dentiste est libre de ses prescriptions, qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité et à l'efficacité des soins* ». (Article R. 4127-238)

Le Code de la sécurité sociale impose également « *la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins* ». (Article L. 162-2-1)

La revendication des patients en faveur des soins de la plus haute qualité ne cesse de croître.

469.- Devant ce dilemme plusieurs solutions s'offrent au praticien.

⁷²⁵ Cour de Cassation, Civ., 20 mai 1936, DP 1936, 1, p. 88

⁷²⁶ Lire à ce sujet : M. HARICHAUX, Droit médical et hospitalier, Litec, fasc. 18-2, n° 22 ; G. MEMETEAU, Traité de la responsabilité médicale, Les études hospitalières, 1996, n° 133.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

- Réaliser le traitement adapté aux possibilités financières, en donnant l'information sur les autres traitements. Cette option n'est *a priori* pas compatible avec les dispositions législatives.
Il sera plus qu'impératif de conserver la trace des autres plans de traitement proposés en cas de contentieux afin de démontrer que c'est le patient qui a réalisé un choix éclairé.
- Refuser de réaliser le traitement, solution la plus raisonnable lorsque le patient semble « procédurier » ou que le traitement le moins coûteux ne conviendra pas. (En particulier pour l'appareil amovible, moins coûteux, mais nécessitant un patient motivé et acceptant psychologiquement le passage à l'appareil).
Néanmoins le patient reste seul face à son problème et un confrère sans doute moins regardant réalisera de toute façon un traitement.
- Inciter le patient à accepter un traitement plus coûteux, mais aussi plus confortable et adapté à sa demande. Les techniques de communications apprises par le coaching, la mise en relation avec des organismes de crédit par exemple sont de bons outils...mais ces dernières sont parfois réprimées par les instances ordinales ou par la déontologie qui interdit les dérives commerciales !

Le praticien est bien condamné à rester dans sa position schizophrénique...

Ironiquement, le plus simple étant peut être encore que le patient renonce simplement aux soins!

Section 2 Renoncer ou négocier ?

470.- De nombreuses études ont mis en lumière le taux de renoncement en matière de soins dentaires et alimentent fréquemment les débats dans les médias.

Les soins dentaires font très souvent objet de renoncement pour raison financière.

Une étude de l'Irdes en 2008 s'est penchée sur les soins « sacrifiés » par les 15,4 % de la population ayant déclaré à l'époque avoir renoncé à se soigner pour des raisons financières. Il s'agissait en premier lieu des soins dentaires. Venaient ensuite, dans une moindre mesure, l'optique et les consultations de médecins généralistes et

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

spécialistes⁷²⁷.

Selon une enquête de l'IRDES menée en 2010, « 16,2 % de la population métropolitaine âgée de 18 à 64 ans déclarent avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois. Un cinquième des renoncements sont déclarés comme définitifs, les autres seraient reportés ». La majorité des renoncements porte sur ceux pour lesquels le reste à charge des assurés est élevé.

Les déclarations relevées lors de l'enquête montrent ainsi que 56 % des renoncements aux soins concernent les soins dentaires, 12 % l'optique, ces deux secteurs étant peu remboursés par l'assurance maladie, et 9 % les soins de médecins spécialistes. Les soins d'omnipraticiens concernent moins de 5 % des renoncements.

Dans le rapport sur les comptes de la Sécurité sociale 2012 paru en septembre 2013, il est indiqué que : « *des restes à charge élevés peuvent présenter une barrière financière importante à l'accès aux soins si aucun dispositif n'est mis en place pour protéger l'accès aux plus démunis. Ainsi, il reste certaines personnes pour lesquelles les besoins de soins ne sont pas satisfaits (soins dentaires et d'optique notamment)* ».

Et le baromètre publié en octobre 2013 chiffre cette déclaration par « *33 % des français renoncent à se soigner ou reportent leurs soins, faute de moyens* ».

471.- Le taux de renoncement pour les soins dentaires en France est relativement élevé selon d'autres études en comparaison avec d'autres pays.

A titre de comparaison dans l'enquête du Commonwealth Fund⁷²⁸, 20 % des répondants, aux États-Unis, ont déclaré avoir des problèmes importants pour payer leurs dépenses de santé ou en être incapable au cours des douze derniers mois. La France est le pays européen étudié qui a le taux le plus fort avec 9 % et le Royaume-Uni le plus faible.

Il convient donc de s'interroger sur les raisons d'un tel renoncement.

Il semblerait lié bien sûr à des paramètres financiers mais pas seulement comme le

⁷²⁷ C. DESPRÉS, P. DOURGNON, R. FANTIN, F. JUSOT, « *Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique* », Questions d'économie de la santé, n° 170, novembre 2011.

⁷²⁸ Commonwealth Fund, 2010 International Health Policy Survey in Eleven Countries, Chartpack, Commonwealth Fund, 2010.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

démontre le tableau suivant.

L'anxiété liée aux soins ou le manque de temps sont des motifs de renoncement à des soins dentaires plus importants en France que dans la moyenne de l'Union Européenne⁷²⁹.

Tableau 27: Besoins non satisfaits de soins dentaires en 2012 par quintile de revenu.

MOTIF DU RENONCEMENT		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Ensemble
Trop cher	UE 27	8,6	5,9	4,3	2,8	1,4	4,6
	Allemagne	4,2	1,7	1,2	1,1	0,3	1,7
	France	9,5	6,7	4,0	2,2	1,4	4,8
	Italie	15,4	9,8	7,4	5,2	2,6	8,1
Trop d'attente	UE 27	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
	Allemagne	0,1	0,1	0,0	0,0	0,2	0,1
	France	0,2	0,2	0,1	0,2	0,3	0,2
	Italie	0,6	0,5	0,8	0,4	0,3	0,5
Peur du médecin, de l'hôpital, de l'examen ou du traitement	UE 27	1,1	0,8	0,8	0,7	0,6	0,8
	Allemagne	1,1	0,6	0,4	0,4	0,1	0,5
	France	2,6	1,9	1,2	1,3	1,0	1,6
	Italie	0,3	0,4	0,4	0,5	0,3	0,4
Pas le temps	UE 27	0,4	0,4	0,4	0,6	0,6	0,5
	Allemagne	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2
	France	1,2	0,9	0,7	1,1	1,1	1,0
	Italie	0,3	0,3	0,3	0,5	0,5	0,4
Autres raisons	UE 27	1,2	1,1	1,0	1,0	0,7	1,1
	Allemagne	1,7	1,0	0,6	0,4	0,5	0,8
	France	1,6	1,3	1,4	0,9	0,6	1,2
	Italie	0,7	0,7	0,4	0,9	0,9	0,7
Pas de besoin non satisfait	UE 27	88,3	91,5	93,2	94,7	96,3	92,8
	Allemagne	92,6	96,2	97,5	97,9	98,7	96,6
	France	85,0	89,0	92,5	94,3	95,8	91,3
	Italie	82,8	88,3	90,5	92,6	95,5	89,9

Question posée : « Au cours des douze derniers mois, avez-vous renoncé à voir un dentiste pour des soins dentaires dont vous aviez besoin ? »
Sources : Eurostat, SILC 2012.

Cette étude ouvre l'hypothèse d'une renonciation aux soins dont la seule cause n'est pas uniquement financière.

§1 Les facteurs accentuant le renoncement

472.- Une étude de l'Irdes analyse de façon complète l'ensemble des éléments⁷³⁰.

Le renoncement apparaît corrélé positivement avec le fait d'être une femme, avec le

⁷²⁹ DREES, Comptes nationaux de la santé 2013, Collection Études et statistiques, Sept. 2014, p. 25.

⁷³⁰ P. DOURGNON, F. JUSOT, R. FANTIN, « Payer peut nuire à votre santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé », Document de travail n° 47, IRDES, Avril 2012.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

niveau d'éducation, le soutien social, et négativement avec le niveau de revenu et la couverture assurancielle⁷³¹.

L'effet de la CMU-C sur le renoncement est également positif et de même niveau que celui d'une complémentaire, très bonne en général, mais les résultats sont assez contrastés selon le type de soins⁷³².

473.- La région d'habitation influe également de façon significative et ce point est particulièrement marqué pour les soins dentaires.

Les personnes vivant dans les grandes villes renoncent plus que les autres. Si les différents types de soins sont séparés, seuls les soins dentaires présentent ces différences géographiques.

Les renoncements ont été évalués au plan départemental en s'appuyant sur les différences d'honoraires pour un *inlay core*, acte de prothèse courant en pratique quotidienne.

Quatre variables sont étudiées:

- Le PIB, niveau emploi, Taux de pauvreté (Sources : Insee, Eco-Santé)
- La densité de dentistes par habitant (Source : Eco-Santé)
- L'Etat de santé de la population : espérance de vie des hommes et des femmes (source: Eco-Santé)
- Le prix des soins dentaires (source Epas)

En moyenne sur la période 2003-2008, un *inlay-core* coûte 180€, pour une base de remboursement par la sécurité sociale de 107,50€. Seules deux variables ressortent significativement du modèle : l'espérance de vie de la population et le coût des soins. En

⁷³¹ Z. WU, M.J. PENNING, C.M. SCHIMMELE, « Immigrant status and unmet health needs », *Canadian Journal of Public Health*, 96(5), p. 369-373.

D. LITAKER, T.E. LOVE, « Health care resource allocation and individuals' health care needs: examining the degree of fit », *Health Policy*, 73, p.183-193.

S. ALLIN, M. GRIGNON, J. LE GRAND, « Subjective Unmet Need and Utilization of Health Care Services in Canada: What are the Equity Implications? », *Social Science and Medicine*, 70, p. 465-472.

⁷³² D. RAYNAUD, « Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire », *Drees, Etudes et résultats*, n° 378, Fév 2005.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

effet, le renoncement augmente à la fois avec l'augmentation des honoraires et l'espérance de vie.

L'étude semble donc montrer qu'une partie des différences de renoncement aux soins dentaires pour raisons financières est due aux différences de coûts entre les localités et non au coût de la vie.

474.- Le coût des soins dentaires semble cependant, à la lumière des études citées, être un point irréfutable expliquant le renoncement au soin

Ce dernier mérite toutefois d'être comparé avec le taux des autres pays et observé de façon critique.

§2 Discussion critique du taux de renoncement

475.- Le principal écueil de ces sondages est qu'ils sont uniquement déclaratifs et ne font pas état du niveau de revenu des sondés.

Le renoncement aux soins ne s'explique pas uniquement par des paramètres financiers. Le cas échéant l'intégralité des patients bénéficiaires de la CMU auraient une denture parfaite, ce qui n'est pas constaté cliniquement...

Comment expliquer que des soins, les détartrages, pris en charge au minimum à 70% par l'assurance maladie obligatoire ne soient pas réalisés de façon régulière?

476.- Deux catégories de renoncement aux soins peuvent être décrites : le renoncement-barrière et le renoncement-refus⁷³³.

- Dans le cas du renoncement-barrière, les patients ont le plus souvent abandonné les soins.

Le plus souvent les raisons financières sont évoquées.

Une enquête publiée en 2001 analyse ces paramètres sur un échantillon aléatoire de 525 personnes vivant dans 5 zones urbaines sensibles de la région parisienne⁷³⁴.

Les associations entre renoncement aux soins pour raisons financières et des facteurs

⁷³³ C. DEPRES, « *Significations du renoncement aux soins : une analyse anthropologique* », Sciences sociales et santé 2013/2 (Vol. 31), p. 71-96.

⁷³⁴ F. BAZIN, I. PARIZOT, P. CHAUVIN, « *Déterminants psychosociaux du renoncement aux soins pour raisons financières dans 5 zones urbaines sensibles de la région parisienne* », Sciences Sociales et Santé, vol. 24, n° 3, Sept 2001, p. 11-31.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

psychosociaux ont été étudiées.

Il est plus fréquent chez les personnes ayant vécu des événements difficiles dans la jeunesse, des difficultés financières à l'âge adulte, des expériences d'abus sexuels, physique ou psychologique, les personnes n'acceptant pas la maladie, celles qui font de leur santé une forte priorité. Enfin, plus le niveau d'estime de soi est bas plus les personnes déclarent un tel renoncement.

- Le renoncement refus ne se fonde plus sur des impossibilités matérielles mais plus sur des convictions.

Pour le renoncement refus nous pouvons penser au vaccin contre la grippe qui, bien que gratuit pour une certaine catégorie de la population, n'est pourtant pas réalisé en raison d'une insatisfaction à l'égard des soins proposés, d'un doute porté sur leur efficacité et à l'adoption d'un choix alternatif, par exemple en s'adressant à des médecines non conventionnelles.

Le renoncement est une barrière, souvent économique ou un choix.

Il est donc illusoire de penser qu'une gratuité totale résoudrait l'ensemble de la problématique du recours aux soins.

Par ailleurs l'étude confirme que le concept de renoncement est subjectif⁷³⁵.

L'analyse montre qu'une personne qui est concernée par sa santé a moins fréquemment déclaré renoncer à des soins pour raisons financières à revenu égal.

La priorité de la santé sur les autres pôles de dépense n'est pas une évidence.

Le patient qui renonce à des soins pour des raisons financières préfère dispose de la même somme d'argent pour d'autres dépenses de loisir comme un téléphone portable par exemple, ce choix relevant du libre arbitre de chacun.

Il est tout à fait probable qu'une partie des français n'étant pas habituée à ce pôle de dépense renonce aux soins non pas par impossibilité mais par choix.

Des arbitrages dans le budget du ménage restant souvent nécessaires, ceux-ci se font aux dépens de la santé, réputée gratuite.

⁷³⁵ F. BAZIN, I. PARIZOT, P. CHAUVIN, « Déterminants psychosociaux du renoncement aux soins pour raisons financières dans 5 zones urbaines sensibles de la région parisienne », Sciences Sociales et Santé, vol. 24, n° 3, Sept 2001, p. 11-31.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

L'argument financier, quand bien même irréfutable, ne peut à lui seul expliquer le renoncement aux soins.

§3 La réduction du reste à charge.

477.- Dans un rapport présenté à l'Assemblée nationale pour lutter contre le renoncement, deux axes sont clairement énoncés : l'information du patient et l'encadrement des honoraires.

478.- (Le renoncement lié au reste à charge) « n'est pas acceptable. C'est pourquoi, il convient non seulement d'améliorer la prise en charge des soins aujourd'hui peu remboursés, mais aussi, comme l'annonçait la ministre de la santé en octobre dernier, de « réguler le prix » de certains soins, « notamment par un encadrement des prix et une amélioration de l'information des patients »⁷³⁶.

Comme nous l'avons déjà abordé, la suppression plus ou moins franche de la liberté tarifaire est une piste. Les réseaux de soins vont largement dans ce sens.

La seconde est d'augmenter le rôle du patient non plus en tant que malade mais comme gestionnaire de son portefeuille santé.

§4 Le patient gestionnaire

479.- Le terme de démocratie sanitaire s'impose d'autant plus que le patient est de mieux en mieux informé.

D'autre part étant donné l'augmentation du reste à charge, l'assuré devient vraiment un gestionnaire de son capital santé avec des droits et des devoirs renforcés.

⁷³⁶ F. CARREY-CONTE (Députée), Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi relative au fonctionnement des réseaux de soins créés par les mutuelles et aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes de protection sociale complémentaire et les professionnels de santé, Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 21 novembre 2012.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

A/ La pratique du courtage

480.- Nous avons déjà évoqué ce point concernant les réseaux de soins mais un exemple moins déguisé de courtage est intéressant.

Habituellement destiné à d'autres secteurs, la pression d'un courtier pour négocier ses soins dentaires fait son apparition.

Cette fois le patient passe directement et à son initiative par une structure étrangère au processus de remboursement des soins.

Fourmisanté est par exemple un site internet fonctionnant comme un comparateur de prix par géo localisation mais avec données de santé fournies par le site ameli.fr.

« Soignez vous près de chez vous et gérez mieux votre budget santé »

481.- L'activité de courtage existe déjà pour les médicaments.

Elle consiste à vendre ou acheter des médicaments sans aucune manipulation physique⁷³⁷ et suppose une déclaration à l'Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et des produits de santé⁷³⁸.

L'article L. 5124-20 du Code de la santé publique mentionne une obligation de vérification sur les produits.

Les médicaments faisant l'objet du courtage doivent en effet bénéficier d'une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM).

L'ANSM et le titulaire de l'AMM doivent être informés lorsque les intermédiaires ont un soupçon sur la falsification d'un médicament.

Les courtiers se doivent ainsi d'assurer la traçabilité des opérations par la conservation d'une série d'informations, et de se doter d'un plan d'urgence de retrait des lots⁷³⁹.

Ces différents articles réglementant le médicament font ainsi du courtier un maillon de la chaîne de distribution de la pharmacopée.

Un contrôle à chaque étape de l'activité de courtage est prévu par la loi.

Le Code de la santé publique ne fait aucune mention d'une éventuelle activité similaire concernant la prestation de service, médicaux ou dentaires ou la distribution de

⁷³⁷ CSP Art. L. 5124-19.

⁷³⁸ CSP Art. A L. 5124-20.

⁷³⁹ CSP Art. R. 5124-77.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

dispositifs médicaux sur mesure.

482.- L'initiative de Top Devis Dentaire est isolée à ce jour mais similaire.

Il s'agit d'une entreprise proposant d'analyser un devis déjà établi et de renvoyer vers des « dentistes partenaires ».

Ces derniers ont été sélectionnés « *avec le plus grand soin, avant tout pour leur transparence tarifaire, la qualité de leur travail et leur sérieux* »...

Un prothésiste est à l'origine du concept déposé à l'Inpif.

L'objectif affiché est une baisse de 40% et la rémunération du courtier est de l'ordre de 25% de l'économie réalisée.

Le concept est identique à celui présent dans le secteur du prêt immobilier.

Ce moyen apporte une réponse aux patients dont les moyens rendent difficile l'accès aux soins.

L'efficacité d'un tel service est discutable et les chirurgiens-dentistes « partenaires » s'exposent à des sanctions en application des articles du Code de la santé publique suivants:

- R. 4127-209 « *Le chirurgien-dentiste ne peut aliéner son indépendance professionnelle de quelque façon et sous quelque forme que ce soit* ».

- R. 4127-224 « *Tout compérage entre chirurgien-dentiste et médecin, pharmacien, auxiliaires médicaux ou toutes autres personnes, même étrangères à la médecine, est interdit* »⁷⁴⁰

- R. 4127-243 « *Tout partage d'honoraires, entre chirurgiens-dentistes et praticiens à quelque discipline médicale qu'ils appartiennent est formellement interdit* ».

Une réduction des honoraires pourrait en effet s'accompagner d'une diminution de la

⁷⁴⁰ CSP Art. R 5015-35:

« *Par définition, le compérage est l'intelligence entre deux ou plusieurs personnes en vue d'avantages obtenus au détriment du malade ou des tiers* ».

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

qualité des soins car le cabinet dentaire doit comme nous l'avons vu rester « rentable ». Par ailleurs assimiler l'acte de soin à un bien de consommation dont l'unique point de comparaison est le prix est incompréhensible, surtout de la part d'un prothésiste qui sait que deux empreintes ou deux montages de céramique ne se valent pas toujours. La problématique du courtage s'assimile à celle des réseaux de soin dans une moindre mesure.

B/ L'information sur la qualité

483.- La Cour des comptes a abordé ce problème de contrôle de qualité des soins : « *Les contrôles exercés sur la qualité des soins sont insuffisants, qu'ils portent sur les pratiques professionnelles en général ou plus spécifiquement sur la qualité des prothèses. L'attention insuffisante portée au statut des assistant(e)s dentaires témoigne également de l'absence de prise en considération des enjeux de qualité et de sécurité des soins* »⁷⁴¹.

Pourtant depuis 2011 rien n'a été fait en matière de contrôle qualité⁷⁴².

La demande d'entente préalable avant de réaliser des prothèses fixées ayant disparue⁷⁴³, les contrôles de l'assurance maladie obligatoire ne se font qu'*a posteriori*.

§5 La qualité des soins

La qualité des soins est réputée contrôlée par nombre d'instance mais reste comme nous allons le voir difficile à surveiller en pratique

⁷⁴¹ Rapport de la cour des comptes, Chapitre XIII, Soins dentaires, Sept 2010, p.320.

⁷⁴² Citons à ce sujet l'exemple des dentistes anglais. Pour moderniser le système NHS (National Health Service), certains praticiens ont participé à une nouvelle modalité de rémunération au cours de l'été 2011.

Les honoraires ne sont plus réglés selon la quantité de soins mais selon la qualité. « *Dentists to be paid for treatment quality* », British dental journal volume 210, n°9, Mai 2011, p. 401

Deux « catégories » de cabinets dentaires co existent en Angleterre : les dentistes de la NHS et les dentistes privés.

Chez les praticiens de la NHS, les prix sont fixes et par « formule ».

⁷⁴³ Arrêté du 11 mars 2003 modifiant la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux, JORF n°68 du 21 mars 2003 page 5056, texte n° 35.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

A/ Les instances réputées garantes

484.- Le Conseil de l'ordre contrôle le respect du code de déontologie dans lequel figure l'obligation de soins consciencieux.

Ce contrôle n'en demeure pas moins très limité, il se fait le plus souvent après réclamation d'un patient et l'examen clinique et radiologique du patient n'est pas réalisé.

485.- L'état contrôle par le biais des ARS.

Des contrôles peuvent être faits dans les cabinets dentaires et les établissements de santé.

Cependant ils sont rares et là encore souvent consécutifs à une plainte ou une anomalie.

486.- Enfin l'Assurance maladie contrôle le travail *a posteriori* excepté en orthopédie dento faciale où une demande d'entente préalable subsiste.

487.- Lors des débats sur la mise en place des réseaux de santé, le terme de qualité est revenu régulièrement.

Les intervenants ont souligné qu'il était de la compétence de l'Etat de surveiller la qualité des soins.

Citons les différents arguments avancés au cours de cette table ronde⁷⁴⁴.

Pour Catherine Génisson, sénatrice du Pas-de-Calais, « *la qualité des soins, argument principal des défenseurs des réseaux de soins, relève de la responsabilité de l'Etat, tout comme la transparence et la traçabilité. Les organismes complémentaires n'ont pas à réguler un marché libre à la place des pouvoirs publics* ».

Pour M. Stéphane Junique, président d'Harmonie Services mutualistes, « *la qualité est l'affaire de l'Etat, et les organismes complémentaires respectent scrupuleusement la réglementation en vigueur, mais pas à titre exclusif. Derrière la qualité des soins, il y a la*

⁷⁴⁴ Comptes rendus de la commission des affaires sociales, 19 Juin 2013, « Fonctionnement des réseaux de soins créés par les mutuelles et modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes de protection sociale complémentaire et les professionnels de santé », Table ronde.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

crédibilité de nos prestations et l'image sociale que nous renvoyons, qui conditionnent fortement la fidélité de nos adhérents !

Des chartes de bonnes pratiques sont parfois mises en place, mais pour ce qui concerne les contrôles de qualité, en pratique ils sont absents ».

Pour Mme Marianne Binst, directrice générale de Santéclair, *« personne ne sait mesurer de manière systématique la qualité des soins, car les critères n'existent pas.*

Le très lourd travail de définition de normes ISO et de référencement qui est nécessaire pour évaluer la qualité des soins, nous l'avons entamé. Nos appels d'offres prennent désormais ces critères en compte, à l'exception des soins dentaires, où l'évaluation de la qualité reste plus difficile ».

La directrice soulève la nécessité de référentiels.

« Nous n'avons qu'un souhait : que les professionnels se prennent en charge. Pour l'heure, le code de déontologie des dentistes leur interdit par exemple de faire référence à une certification quelconque. Or, si les professionnels veulent de la qualité, qu'ils se dotent de critères de certification : nos appels d'offres en tiendront compte ! Aux syndicats de relayer les bonnes pratiques, à l'instar de ce qui se fait dans le domaine de l'optique, afin que tous les Français, et pas exclusivement nos adhérents, aillent se faire soigner en connaissance de cause et non plus sur la base du bouche-à-oreille. Grâce aux réseaux, les patients ne sont plus seuls face aux professionnels de santé ».

Du propre aveu de la directrice d'un des réseaux les plus importants, la qualité des soins ne peut être mesurée.

Seul le prix compte?

En théorie dans le contrat d'adhésion à Santéclair, le praticien s'engage à être contrôlé régulièrement (environ un acte sur cinq), sur les prix comme sur la qualité. La directrice avance qu' *« en cas de négligence grave, il est exclu du réseau, ce qui arrive à cinq ou six professionnels chaque trimestre En contrepartie, l'apport de notre clientèle génère un surcroît de chiffre d'affaires de 27 000 euros par an en moyenne».*

Le terme clientèle attire notre attention...

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

Des référentiels de bonne pratique existent bel et bien cependant⁷⁴⁵.

B/ Un contrôle impossible ?

488.- Le Collège des bonnes pratiques en médecine bucco-dentaire a été créé le 3 février 2011. Ce collège est constitué paritairement de praticiens issus du milieu académique, scientifique et syndical.

La mission du collège est d'élaborer des recommandations et des référentiels destinés à analyser et à améliorer les pratiques en médecine bucco-dentaire pour accroître la qualité et la sécurité des soins, selon une méthodologie validée par la Haute Autorité de Santé.

Cependant seuls deux référentiels ont été à ce jour mis en place : le dossier médical du patient en médecine bucco-dentaire, et les recommandations sur la prise en charge du patient diabétique en médecine bucco-dentaire.

489.- Les référentiels d'Evaluation des pratiques professionnelles (E.P.P.) sont des documents courts et offrant des choix binaires.

Ils sont élaborés suivant une méthodologie définie par la Haute Autorité de Santé en collaboration avec l'Association dentaire française.

Avec les "Recommandations" de la Démarche Qualité, les "Référentiels d'E.P.P.", sont des outils permettant l'auto-évaluation des praticiens avec l'objectif de responsabiliser le praticien en matière de qualité des soins.

Ces recommandations montrent quelques limites.

Elles restent des outils peu utilisés en pratique, facultatifs et souvent mis en place par des cabinets déjà sensibilisés à la qualité des soins.

⁷⁴⁵ Pour les médecins et la pharmacie les référentiels sont plus développés et plus encadrés.

La construction en 1991 de Références médicales opposables pour les médecins vient du courant clinique de l'evidence based medicine qui produit des recommandations de «bonnes» pratiques médicales.

Elles sont complétées par l'édification de critères de certification de la qualité et d'accréditation, portées par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) puis par la Haute autorité de santé (HAS)

Cette dernière a été mise en place par la loi du 13 août 2004. Elle définit le périmètre de soins et de médicaments remboursables et établit les bonnes pratiques.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

490.- Le développement professionnel continu est obligatoire depuis le 1er janvier 2013 pour chaque praticien, libéral ou salarié⁷⁴⁶.

Ils doivent suivre au moins un « programme de DPC » par an.

Les Ordres départementaux ont la mission d'assurer une surveillance du suivi du programme au moins une fois tous les cinq ans.

En cas de non-respect, l'Ordre propose au praticien un plan annuel personnalisé de DPC. Si ce plan n'est pas suivi, le praticien s'expose à une insuffisance professionnelle avec les sanctions assorties.

491.- L'AFNOR et l'UFSBD ont mis en place une démarche de certification⁷⁴⁷.

Il a été validé par des représentants des patients et des organisations professionnelles

Le référentiel « Qualité de service en dentisterie » comporte 15 engagements centrés autour de la satisfaction des patients : accueil, information, conseil du patient tout au long du traitement, prise en charge de la douleur, hygiène et sécurité du cabinet.

La critique de ce dispositif est surtout le manque de critères cliniques.

Ainsi la SOP (Société Odontologique de Paris) cite un exemple sur son site internet⁷⁴⁸, « *peu importe qu'un praticien pose la digue, pourvu que son assistante décroche avant la troisième sonnerie et avec le sourire* ».

Le Conseil de l'ordre refuse de reconnaître ce type de certification, rendant impossible

⁷⁴⁶ Décret n° 2011-2115 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des chirurgiens-dentistes, JORF n°0001 du 1 janvier 2012.

Art. R. 4143-1 « *Le développement professionnel continu comporte, conformément à l'article L. 4143-1, l'analyse, par les chirurgiens-dentistes, de leurs pratiques professionnelles ainsi que l'acquisition ou l'approfondissement de connaissances ou de compétences* ».

« *Il constitue une obligation individuelle qui s'inscrit dans une démarche permanente* ».

« *Cette obligation s'impose aux chirurgiens-dentistes inscrits au tableau de l'ordre ainsi qu'à tous les chirurgiens-dentistes mentionnés à l'article L. 4112-6* ».

Art. R. 4143-2 « *Le chirurgien-dentiste satisfait à son obligation de développement professionnel continu dès lors qu'il participe, au cours de chaque année civile, à un programme de développement professionnel continu collectif annuel ou pluriannuel* ».

⁷⁴⁷ ISO 9001 et AFAQ Engagement de Service.

⁷⁴⁸ Site internet de la SOP, « J'ai entendu parler de la possibilité de faire certifier mon cabinet dentaire. Qu'en est-il exactement ? »

[<http://www.sop.asso.fr/les-services/posez-vos-questions/QUEST00117>], page consultée le 31 Mars 2015.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

l'affichage sur les imprimés professionnels ou les documents de communication⁷⁴⁹.

492.- Le contrôle de la qualité des soins ne se fait donc réellement qu'*a posteriori*.

La volonté des réseaux semble être de pousser les praticiens à assurer la qualité des soins sans toutefois assurer de « rétro contrôles », laissant les patients dans une illusion de garantie qualitative des soins.

En matière d'optique, les contrôles sous forme d'audit semblent mieux mis en œuvre. Il est parfois question d'un *numerus clausus* pour adhérer à un réseau avec un cahier des charges pour les prétendants, les critères de qualité et d'organisation y sont mis en avant⁷⁵⁰.

La profession dentaire en raison de ses spécificités est donc très complexe à contrôler et le critère qualité des praticiens adhérents aux réseaux est ainsi très peu pertinent.

Aucun contrôle sur les matériaux utilisés, les protocoles, les bons de livraison ne sont réellement mis en place.

Le dispositif Santéclair, imposant des tarifs très bas, rend de toute façon difficile une pratique conforme aux bonnes recommandations avec un laboratoire de qualité.

Ce manque d'exigence clinique reste dommageable au concept de réseau.

La profession doit accepter de valoriser sa qualité en reconnaissant des processus de certifications externes

Ces derniers devraient fonder leur accréditation sur la qualité du matériel employé, le partenariat avec des prothésistes locaux par opposition à la prothèse importée, le contrôle de l'adaptation des prothèses et de la qualité des soins endodontiques par exemple.

Le seul atout de la profession pour lutter contre le « *dentiste bashing* » est de miser sur la qualité, qui, pour être objectivée, doit être sanctionnée par un organisme externe.

Il est regrettable que les instances ordinales bloquent la mise en place de tels processus.

⁷⁴⁹ CSP Art. R4127-216, R. 4127-217, R. 4127-218.

⁷⁵⁰ Vérification des bons de livraisons, contrôles sur place dans 300 magasins d'optique du réseau Kalivia par exemple en 2012, Comptes rendus de la commission des affaires sociales, 19 Juin 2013, « Fonctionnement des réseaux de soins créés par les mutuelles et modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes de protection sociale complémentaire et les professionnels de santé », Table ronde, p. 14.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

Conclusion

Une initiative anglaise est intéressante en guise de conclusion

Denplan est un abonnement avec cotisation mensuelle.

Le patient choisit un dentiste accrédité auquel il aura ensuite libre accès.

Lors de la souscription, ce dernier évalue l'état de la dentition du patient selon une grille d'analyse explicite à partir de six rubriques qui conduit à un « *scoring* » très précis.

En fonction du score global, le dentiste fixe le montant de ses honoraires mensuels (rémunération à la capitation), à partir desquels Denplan établira le montant de la cotisation pour le patient.

Si le dentiste fixe un niveau d'honoraires mensuels trop élevé, la cotisation sera jugée excessive par le patient qui ne s'abonnera pas ; si le dentiste sous-estime le montant de ses honoraires, compte tenu de l'état dentaire du patient, ce dernier recourra très fréquemment à ses services. Pour le dentiste, l'intérêt est de bien traiter le patient et d'assurer une bonne prévention pour ne pas le voir souvent... L'idée est intéressante.

Le praticien ne doit donc pas présupposer les possibilités financières du patient et proposer l'ensemble des plans de traitement possibles, faisant fi de leur coût.

Libre au patient ensuite d'investir ou non dans son capital dentaire.

Le renoncement au soin n'est pas uniquement lié aux frais, ce qu'oublie les politiques de santé. L'accent devrait être mis en amont du soin, c'est à dire sur la prévention qui n'est absolument pas valorisée ni rémunérée pour les praticiens.

En atteste la difficulté de mettre en place des hygiénistes dans les cabinets dentaires...

Lorsque le patient accepte finalement un traitement, la négociation des honoraires devient de plus en plus systématique, d'où peut-être l'intérêt d'insister sur les facilités de paiement pour les patients.

Cependant il ne faut pas oublier qu'il s'agit d'une prestation médicale et non de l'achat d'une voiture. La négociation et la mise en comparaison d'honoraire oublie encore trop souvent les différences de qualité... qualité qui semble bien difficile à contrôler malgré les promesses des réseaux de santé qui négocient pour le consommateur.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

Chapitre 2 Le règlement des soins

493.- Nous ne reviendrons pas sur le principe de paiement direct.

Selon l'article R. 4127-240 du Code de la santé publique « *aucun mode particulier de règlement ne peut être imposé aux patients* ».

Les difficultés financières amènent les patients à aménager le règlement des soins.

Les dentistes savent que leur principal concurrent n'est pas le praticien de la même rue mais la société de consommation.

La santé dentaire, vu son fort ticket modérateur s'impacte sur les différents pôles de dépense.

De la même façon qu'un grand magasin, les dentistes ont ainsi offert à leur « patient-client » la possibilité de faire des facilités de paiements.

Pour N. Booth, proposer une entente financière fait augmenter le chiffre d'affaire en augmentant l'acceptance d'un devis⁷⁵¹.

Légalement rien n'interdit à un praticien de proposer une facilité de paiement.

Jusqu'où peuvent aller ces aménagements ou ces incitations à l'échelonnement?

Section 1 L'acompte

494.- Selon l'article R4127-240 du Code de la santé publique concernant la chirurgie dentaire, le praticien « ne peut solliciter un acompte que lorsque l'importance des soins le justifie et en se conformant aux usages de la profession. Il ne peut refuser d'établir un reçu pour tout versement d'acompte ».

L'acompte est un premier versement à valoir sur un achat. Il n'y a aucune possibilité de dédit et le consommateur peut être condamné à payer des dommages intérêts s'il se rétracte.

Le « vendeur » lui-même ne peut se raviser, même en remboursant l'acompte au consommateur et pourrait être contraint lui aussi à verser des dommages intérêts.

⁷⁵¹ N. BOOTH « *Who wants to talk about money with patients ? No one !* »
www.Dentaleconomics.com , Février 2009.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

Les arrhes à l'inverse sont perdues, sauf dispositions contraires prévues au contrat, si le consommateur annule une commande ou se désiste, mais il ne peut être contraint à l'exécution du contrat mis à part un accord amiable.

Si le vendeur ne livre pas ou n'exécute pas la prestation sur laquelle il s'est engagé, il peut être condamné à rembourser au consommateur le double des arrhes⁷⁵².

La déontologie accepte en dentisterie le versement d'acomptes et ne mentionne pas celui d'arrhes.

Cela se justifie par l'avance de frais de matériel qui peut être onéreux, par exemple en implantologie.

Or, le patient est libre d'interrompre les soins, et donc de ne pas donner suite au contrat, ce qui fait de cette pratique un assouplissement des règles juridiques entourant l'acompte.

Citons l'exemple d'un praticien ayant interrompu des soins en cours.

Le motif invoqué est la non réception de pièces implantaires, rendant impossible la continuité du plan de traitement.

Le fournisseur du matériel implantaire nécessaire à ce traitement a refusé la livraison des pièces qui avaient été commandées en invoquant l'existence d'une facture impayée.

Le dentiste a perçu de sa patiente un acompte de 5 000 Euros qu'il a refusé de restituer.

Il justifie ce refus par de graves difficultés financières sur le plan personnel.

La non restitution de l'acompte a justifié une sanction par interdiction d'exercice de 12mois⁷⁵³.

Le terme d'acompte est donc impropre puisque le patient reste libre de retirer son consentement à tout moment.

Si la terminologie n'est pas adaptée, le principe lui reste admis justifié par le montant des pièces commandées. Cependant le praticien ne peut le conserver en cas de rupture du contrat de soin par le patient. L'intérêt est donc limité en cas de contentieux.

⁷⁵² Code de la consommation, Art. L131-1 et L 114-1.

⁷⁵³ Chambre disciplinaire nationale de l'ordre des chirurgiens-dentistes, Audience publique du 11 mai 2006, Lecture du 13 juillet 2006, Docteur Jean-François P. Chirurgien-dentiste, Affaire n° 1539.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

Section 2 Le règlement en espèce

495.- Le règlement en espèce est permis dans une certaine limite, jusqu'à 1000 euros lorsque le domicile fiscal du débiteur est en France⁷⁵⁴.

En pratique, les espèces sont peu utilisées pour des soins dentaires étant donné l'importance des montants⁷⁵⁵.

Il est admis que le chirurgien-dentiste s'assimile à « *un professionnel de la prestation de services* » et relève de ce fait de toutes les règles imposées par le Code de la consommation en matière de facilité de paiement⁷⁵⁶.

Cependant le règlement en espèce présente l'inconvénient (ou l'avantage...) d'être moins traçable sur les extraits bancaires⁷⁵⁷.

Le contrôle fiscal s'intéresse régulièrement à l'estimation des recettes en espèce dissimulées, analyse toujours délicate⁷⁵⁸.

496.- En échange d'un règlement en espèce, le patient peut parfois obtenir une réduction sur les honoraires, une sorte d'économie souterraine du cabinet dentaire.

Selon une étude menée par les agents du fisc pour le magazine capital, le taux de fraude pour les chirurgiens esthétiques pourrait atteindre 50%⁷⁵⁹.

La lecture des forums montre que des patients se font effectivement proposer un

⁷⁵⁴ Décret n° 2015-741 du 24 juin 2015 pris pour l'application de l'article L. 112-6 du code monétaire et financier relatif à l'interdiction du paiement en espèces de certaines créances.

⁷⁵⁵ En matière de paiement 96% des français possèdent un chéquier, 81% ont recours au virement bancaire comme mode de paiement et 56% détiennent une carte bancaire, Le chèque est privilégié lors des consultations médicales (à 67% contre 21% pour la carte bancaire)

Etude Ifop, Oct. 2010. Sondage réalisé auprès d'un échantillon de 1025 personnes, représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus.

⁷⁵⁶ Cour d'appel de Paris 20 décembre 1991 cité par D JACOTOT, « *Prévenir et gérer le conflit au cabinet dentaire* », Ed. Texto, 2005, p. 59.

⁷⁵⁷ CA Paris CH. 08 A 18 décembre 2008, n° 07/06696

⁷⁵⁸ Conseil d'Etat 7 / 8 ssr 23 mai 1984, n° 37462, Inédit au Recueil Lebon

⁷⁵⁹ « *Dossier argent noir : Les paiements en liquide, faciles et peu contrôlés, dans presque toutes les professions* », Magazine Capital, Nov. 2009

[[http://www.capital.fr/a-la-une/dossiers/dossier-argent-noir-les-paiements-en-liquide-faciles-et-peu-controles-dans-presque-toutes-les-professions-452417/\(offset\)/2](http://www.capital.fr/a-la-une/dossiers/dossier-argent-noir-les-paiements-en-liquide-faciles-et-peu-controles-dans-presque-toutes-les-professions-452417/(offset)/2)], page consultée le 10 Août 2015.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

arrangement en l'échange d'espèce.

Parfois ce sont même les patients qui proposent.

497.- L'administration fiscale a bien compris ce mécanisme et a ouvert la « chasse à l'argent liquide », sous couvert de lutte contre le financement du terrorisme. Le seuil de règlement en espèce est passé de 3000 à 1000 euros au 1^{er} septembre 2015, selon l'article L112-6 du Code monétaire et financier :

« Ne peut être effectué en espèces ou au moyen de monnaie électronique le paiement d'une dette supérieure à un montant fixé par décret, tenant compte du lieu du domicile fiscal du débiteur et de la finalité professionnelle ou non de l'opération. »

Le même article précise toutefois les exceptions autorisées.

« Les dispositions qui précèdent ne sont pas applicables :

a) Aux paiements réalisés par des personnes qui sont incapables de s'obliger par chèque ou par un autre moyen de paiement, ainsi que par celles qui n'ont pas de compte de dépôt ».

L'interdiction d'encaissement supérieur à une certaine somme a été rappelée par la chambre disciplinaire du Conseil national lors d'une décision de 2013 (le plafond était au moment des faits de 3000 euros)⁷⁶⁰.

Les moyens de vérification sont cependant limités dans la pratique quotidienne et le praticien est souvent amené à accepter des règlements importants en espèce.

Section 3 Le chèque

498.- Le chèque est en théorie exclusivement un moyen de paiement puisque la provision doit être concomitante à l'émission.

Toutefois en pratique son usage peut être détourné⁷⁶¹.

⁷⁶⁰ Chambre disciplinaire nationale de l'ordre des chirurgiens-dentistes, Décision rendue publique par affichage le 13 mai 2013, Affaire : Docteur G. M. Chirurgien-dentiste et SELARL Cabinet dentaire du Docteur G. M. Dos. n° 2057/2058.

⁷⁶¹ J. STOUFFLET, « Instruments de paiement et de crédit », 8^{ième} édition, LexisNexis, 2012, n° 186.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

§1 Le chèque, « dépôt de garantie »

499.- Le cas se présente lorsque le patient par exemple souhaite régler en plusieurs fois, mais ne dispose pas d'assez de chèques sur lui lors du passage de la feuille de soin qui doit acter le paiement.

De même lorsque le patient n'a pas de chéquier propre, il peut fournir le chèque d'une autre personne de son entourage et apporter en espèce ou par carte bleue un montant donné par mois afin d'étaler le règlement.

Le chèque sert dans ce cas de garantie, dont la portée est moindre comme nous le verrons.

500.- Il a été posé la question de la légalité de son encaissement si son montant est supérieur à la créance du patient.

En effet lorsque le patient vient chaque mois régler une partie, dès le premier apport en espèce du patient, le chèque initial ne correspond plus au montant de la dette. Le chèque n'est souvent pas refait à chaque versement.

L'arrêt suivant de la Cour de cassation confirme le rôle de moyen de paiement⁷⁶².

La juridiction de proximité a premièrement condamné le praticien en première instance au versement de dommages et intérêts.

« Aux motifs que, si le docteur X... était bien créancier de la somme de 1 112,50 euros, il ne pouvait encaisser un chèque d'un montant supérieur à sa créance, peu important que le chèque ait été un chèque soit-disant de garantie, ce qui n'était pas justifié ; qu'il avait manqué à ses obligations contractuelles et causé un préjudice à Monsieur et Madame Z... ».

La Cour de Cassation prend cependant la position suivante.

« Qu'en statuant ainsi, alors qu'un chèque est un instrument de paiement que le bénéficiaire peut faire encaisser même dans le cas où il lui a été remis à titre de garantie, sauf à lui en restituer le montant si le paiement reçu était indu, la

⁷⁶² Cour de cassation chambre civile 1, Audience publique du jeudi 6 janvier 2011 N° de pourvoi: 09-71400, Non publié au bulletin, Cassation partielle sans renvoi.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

juridiction de proximité a violé les textes susvisés ».

Le droit ne connaît pas le chèque de garantie/caution ; il s'agit d'un chèque comme un autre qui peut être remis à tout moment à l'encaissement.

§2 L'impossibilité d'encaissement

501.- Un problème peut se poser lorsque le patient fait opposition au chèque d'honoraire ou lorsque le compte est clôturé.

A/L'opposition

La procédure d'opposition empêche la banque de procéder au règlement correspondant sous réserve de certaines conditions⁷⁶³.

Ces dernières excluent une quelconque mesure de rétorsion à l'encontre du praticien en cas de soins jugés non satisfaisants.

C'est de cette façon qu'a été jugée une telle situation, la Cour de Cassation ordonnant la levée de l'opposition, une fois établie l'intention du patient⁷⁶⁴.

502.- Citons un arrêt de la Cour d'Appel concernant l'opposition sur un chèque dit de garantie⁷⁶⁵.

Un praticien demande la mainlevée de l'opposition formée sur un chèque d'un montant de 6 000 euros remis par sa patiente et demande l'autorisation de son encaissement.

Pour rappel des faits, la patiente remet le jour de la pose de 17 implants 4 chèques de

⁷⁶³ L'article L 131-35 alinéa 2 du Code monétaire et financier énumère les conditions sans lesquelles la manœuvre d'opposition est recevable : le redressement ou la liquidation judiciaire du porteur, le vol ou la perte du chèque ou une utilisation frauduleuse du chèque.

En cas de non respect de ces conditions des sanctions pénales sont prévues par l'article L 163-2 du Code monétaire et financier.

⁷⁶⁴ Cass. Com. ; 3 décembre 2013, n° 1-24543, non publié au Bulletin des arrêts de la Cour.

D. JACOTOT, « *Quand le patient fait opposition à son chèque d'honoraires* », La lettre n° 125 Fév.-Mars 2014.

⁷⁶⁵ CA Aix-en-Provence CH. 01 C 4 février 2010 N° 09/09729.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

15000 euros, 6 000 euros, 2 000 euros et 2 000 euros, les trois derniers correspondant à une garantie de paiement des soins à venir.

Elle s'est ensuite proposée de lui remettre la somme de 15 000 euros en espèces contre restitution du chèque du même montant, ce que le praticien aurait d'ailleurs dû refuser compte tenu des plafonds autorisés en matière de remise d'espèce.

La patiente a demandé l'arrêt des soins refusant de répondre aux demandes du praticien pour échanger les chèques qu'il détenait contre des espèces.

Ce dernier a dès lors adressé une lettre recommandée pour le paiement d'une somme de 3 000 euros au titre de la pose des implants et de la prothèse provisoire, déduction faite d'une somme de 14000 euros déjà réglée.

A la suite du dépôt du chèque de 6 000 euros en date, la banque bloque son compte et elle fait alors opposition aux trois chèques remis à ce professionnel, Selon elle, l'opposition a été formée en invoquant le vol, dans la mesure où elle manquait de compétence pour apprécier les conditions de l'escroquerie dont elle a été victime.

Les alinéas 2 et 4 de l'article L 131-31 du Code monétaire et financier encadrent cependant les conditions de l'opposition:

« Il n'est admis d'opposition au paiement par chèque qu'en cas de perte, de vol ou d'utilisation frauduleuse du chèque, de sauvegarde, de redressement ou de liquidation judiciaires du porteur (...) ».

Si malgré cette défense, le tireur fait une opposition pour d'autres causes, le juge des référés, même dans le cas où l'instance au principal est engagée, doit, sur la demande du porteur, ordonner la mainlevée de l'opposition.

Cependant, la remise du chèque au praticien a été volontaire même si la patiente soutient que son opposition est motivée par une utilisation frauduleuse du chèque par le dentiste, exposant que les trois chèques émis le 12 octobre 2008 constituaient une garantie en l'attente du règlement en l'espèce des prestations restant à réaliser.

Ils ne devaient pas être encaissés tant que les travaux dentaires restant à effectuer n'étaient pas achevés.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

Il s'avère cependant que le chèque de garantie n'est pas reconnu en droit français, le chèque restant un titre de paiement, payable à vue, nonobstant toute mention ou clause contraire, réputée non écrite.

Dès lors, le droit d'obtenir paiement d'un chèque ne pouvant être subordonné à la réalisation d'une condition, ne constitue pas une utilisation frauduleuse du chèque justifiant l'opposition la remise du chèque à l'encaissement même s'il a été reçu à titre de garantie.

La Cour statue que les circonstances de l'espèce ne démontrent pas que le chèque litigieux n'a été remis qu'à la suite de manœuvres de la part de son bénéficiaire, la patiente ayant accepté les conditions d'exécution de ce contrat de soins dans l'espoir d'un coût moins onéreux.

Même les critiques à l'égard de la qualité de la réalisation n'ont d'incidences sur la levée de l'opposition.

Parallèlement, le praticien a été sanctionné par la chambre de discipline de première instance de l'ordre des chirurgiens-dentistes pour avoir :

- commis un acte de nature à déconsidérer la profession en cherchant à dissimuler la réalité de l'intervention pratiquée sur la patiente en question dans un but de fraude fiscale,
- et d'avoir fait obstacle à l'exercice de la mission dévolue à ce Conseil de l'ordre en lui tenant des propos mensongers sur la date et les conditions de sa déclaration de sinistre à sa compagnie d'assurance.

Ces fautes ne caractérisent cependant pas une utilisation frauduleuse du chèque litigieux, l'opposition est donc illicite.

B/ Le chèque sans provision

503.- En cas de chèque sans provision, le patient dispose de 30 jours pour régulariser à compter de la première présentation du chèque en question.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

En cas de non résolution à l'amiable, la banque du patient débiteur doit remettre un certificat de non paiement automatiquement adressé si le chèque a été rejeté deux fois.

Ce dernier sera adressé au patient par huissier à son domicile, avec demande de régularisation sous 15 jours.

Le certificat devient le cas échéant un titre exécutoire ayant la même force qu'un jugement.

Une procédure de paiement forcé sera alors mise en place sans nécessité de recourir à un jugement.

Les frais de la procédure sont à la charge du débiteur.

504.- Enfin tous les moyens ne sont pas bons lorsqu'il s'agit d'obtenir le règlement d'une créance.

C'est ainsi qu'un praticien a été condamné après avoir présenté tardivement un chèque bancaire rejeté au motif que le compte avait été clôturé⁷⁶⁶.

Ce dernier n'ayant pas obtenu de sa patiente et de son mari, gendarme, le paiement de ses honoraires, a adressé au supérieur hiérarchique de son débiteur une lettre dans laquelle il se plaignait de la clôture du compte et du refus de le payer manifesté par l'intéressé.

Le militaire ayant subi un préjudice dans sa carrière l'a assigné en responsabilité et dommages-intérêts sur le fondement de l'article 1382 du Code civil.

En effet le texte du bulletin de punition du conjoint rappelle exactement la version des faits donnée par le débiteur et conclut ainsi : « *Cette attitude porte préjudice au renom de la gendarmerie, surtout dans une petite ville comme Mamers, où les gendarmes sont un élément très important dans la vie de la cité* » ;

Le praticien a été débouté de sa demande et la Cour a admis la faute pour avoir à tort évoqué la mauvaise foi de sa patiente et de son époux.

En révélant à des tiers le nom d'une cliente le praticien a par ailleurs violé le secret professionnel et exercé une pression illégitime pour obtenir le paiement d'une créance.

⁷⁶⁶ Cour de Cassation, Chambre civile 2, Audience publique du 19 juin 2003, n° de pourvoi 00-21102.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

Section 4 Le règlement échelonné

505.- Le crédit à la consommation présente une image peu vertueuse.

Porté au banc des accusés pour apologie de la consommation de masse, il s'est affiché comme un outil qui « détourne de l'éthos de l'épargne et de la rigueur morale »⁷⁶⁷.

La société vit à l'heure de la satisfaction immédiate et l'endettement⁷⁶⁸.

Certains auteurs l'envisagent au contraire comme une possibilité offerte aux classes moyennes d'accéder à une consommation socialement normale⁷⁶⁹.

Il est vrai que faciliter l'accès à des réhabilitations coûteuses maximisant le confort est intéressant car cela pourrait en généraliser la mise en place en supprimant la barrière de la catégorie socioprofessionnelle, et permettre au praticien de soigner sans considérer les revenus du patient comme nous l'avons vu.

506.- Le paiement différé est ainsi très encadré.

Selon la loi, toute facilité de paiement (prêt, découvert, délai de paiement) est assimilée à un crédit à la consommation, sauf si elle porte sur des sommes inférieures à 200 euros ou sur une durée très courte et sans frais⁷⁷⁰.

Les conditions pour éviter l'assimilation à un crédit à la consommation sont au-delà du montant, un délai de remboursement ne dépassant pas trois mois et l'absence d'intérêt ni d'aucun frais ou seulement d'intérêts et de frais d'un montant négligeable⁷⁷¹.

En dentisterie, les frais en cas de règlement échelonnés ne sont pas mis en place car il s'agit surtout d'augmenter l'acceptance d'un devis et d'arranger le patient, cependant la somme est souvent supérieure à 200 euros et les patients sont demandeurs.

Le cas le plus fréquent est le règlement en plusieurs chèques.

⁷⁶⁷ D. De BLIC, J. LAZARUS, « Sociologie de l'argent », Ed. La découverte, Coll. Repères, 2007, p58.

⁷⁶⁸ R. MANNING, « Credit Card Nation. The Consequences of America's Addiction to Credit », Basic Books, New York, 2000, p. 16.

⁷⁶⁹ R. M. GELPI, F. J. LABRUYERE, « Histoire du crédit à la consommation », Paris, Ed : La Découverte, 1994, 247p.

⁷⁷⁰ Code de la consommation Art. 331-1.

⁷⁷¹ Code de la consommation Art. L311-3.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

§1 Le règlement en plusieurs chèques

507.- Les praticiens disposent souvent de plusieurs chèques à encaisser à des dates données.

La date portée sur le chèque doit être celle du jour de son émission, toute mention d'une autre date est illégale.

Le chèque doit être daté du jour de sa rédaction : s'il est postdaté, le signataire encourt une amende égale à 6% du montant du chèque (avec un minimum de 0,76 €).

Un chèque est valable 1 an et 8 jours⁷⁷².

« Le chèque émis et payable dans la France métropolitaine doit être présenté au paiement dans le délai de huit jours. (...)

Le point de départ des délais indiqués au deuxième alinéa est le jour porté sur le chèque comme date d'émission »⁷⁷³.

Il est à rappeler que cette pièce reste un moyen de paiement et non de crédit⁷⁷⁴.

En vertu de l'article L 131-31 du Code monétaire et financier, « *le chèque est payable à vue. Toute mention contraire est réputée non écrite. Le chèque présenté au paiement avant le jour indiqué comme date d'émission est payable le jour de la présentation* ».

En conséquence, le créancier peut remettre à l'encaissement tous les chèques en sa possession le jour même où ils lui ont été remis⁷⁷⁵.

Une tolérance pour un maximum de trois chèques est admise, au-delà le Code de la consommation s'applique donc.

La gestion des « chèques tiroirs » est souvent fastidieuse.

Ainsi les cabinets font de plus en plus appel à des sociétés extérieures permettant de ne

⁷⁷² Code Monétaire et Financier Art. L131-32 et L131-59 al.2.

⁷⁷³ Code Monétaire et Financier Article L131-32.

⁷⁷⁴ TGI Nancy, 18 Sept. 2006, ref : AFUB-TGI- 060918A.

⁷⁷⁵ Le billet à ordre est à l'inverse du chèque encaissable à une date convenue, inférieure à trois mois suivant la date d'émission.

J. STOUFFLET, « Instruments de paiement et de crédit », 8^{ième} édition, LexisNexis, 2012.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

pas être le débiteur direct des mensualités⁷⁷⁶.

§2 Le paiement différé par carte bancaire

508.- Certains organismes de financement proposent un paiement à crédit pour le patient par le moyen d'une carte et d'un terminal de paiement moyennant un coût pour le praticien entre 2 et 6% du volume financier de la transaction.

La circulaire n°1202 du 2 Mai 2000 du Conseil de l'ordre national a initialement pris la décision d'interdire la participation à de tels procédés invoquant l'article R 4127-221 du Code de santé publique interdisant toute ristourne à un patient.

D'autre part, il était craint un détournement de patientèle vers les praticiens signataires.

Néanmoins la position a été assouplie par la circulaire n°10337 du 13 mai 2004

Le règlement par carte bancaire en plusieurs fois est possible après déclaration auprès du Conseil départemental de l'ordre, ce que les banques ne mentionnent souvent pas en pratique.

§3 Les sociétés de crédit⁷⁷⁷.

509.- La mise en place de partenariat avec ces établissements a plusieurs intérêts

La trésorerie peut être optimisée.

La gestion des « chèques tiroirs » est moins fastidieuse.

Le risque de chèque impayé diminue.

Le praticien peut proposer des plans de traitements complets avec un taux d'acceptation augmenté.

Le patient peut choisir un traitement plus coûteux et peut être plus adapté à ses besoins en levant une partie des obstacles financiers.

Cela semblerait avoir un effet positif pour le patient et le praticien...

⁷⁷⁶ L'utilisation du chèque comme moyen de crédit peut d'ailleurs représenter une manœuvre frauduleuse. Lire à ce sujet : M. CABRILLAC, « Du décret-loi du 30 octobre 1935 au chèque instrument de crédit », in Mélanges Roblot, 983, p. 401.

⁷⁷⁷ Le crédit s'est largement diffusé socialement avec la mise en place du prêt à la consommation dès 1971 puis avec la fin de l'encadrement du crédit entre 1985 et 1987. Les banques ont mis en place une offre de crédit *revolving* ou réserve de crédit.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

510.- Depuis le 2 janvier 2013 la banque du Crédit Municipal de Paris propose la mise en place de crédits à taux réduits destinés exclusivement à des soins médicaux et dentaires.



Illustration 1 : Publicité CMP Banque ⁷⁷⁸

511.- Les études, surtout anglo saxonnes, montrent l'apport que peut présenter ce type de produits financiers⁷⁷⁹.

512.- Les patients ont recours à des prêts à la consommation avec des taux avoisinants les 20% pour se soigner, ceci conduisant dans les cas extrêmes à des situations de surendettement. Cette offre de crédit apporte donc des possibilités moins coûteuses en termes d'intérêts.

Les organismes de prêt à la consommation s'étaient d'ailleurs déjà placés sur ce terrain.

Swiss life en partenariat avec *Sofinco* avait mis en place un crédit santé.

Cetelem a lui aussi lancé le crédit « santé bien être ».

Dentalfinance, une société filiale de la société générale plus spécialisée vers le crédit

⁷⁷⁸ [<http://www.cmpbanque.fr/pre-t-sante>], page consultée le 15 Avril 2014.

CMP Banque a depuis cessé son activité commerciale.

⁷⁷⁹ R. P.LEVIN, « *Patient Financing and the Implant Practice* », *Implant Dentistry*, Sept. 2007, Vol. 16 Issue 3, p226-226.

J. SHOEMAKER, « *Patient Payment Options* », *Orthodontic Products*, Oct 2007, Vol. 14 Issue 8, p28-31.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

dentaire offre ses services pour le dentaire.

La page de témoignage de son site internet est intéressante⁷⁸⁰.

« Je ne connaissais pas et c'est mon dentiste qui m'a dit de les appeler. Mon dentiste devait me poser 3 implants mais je n'avais pas les moyens, je les ai appelés et Ils m'ont pris en charge. En une semaine j'ai obtenu un accord définitif pour mon crédit dentaire ».Lucien (83)

« Depuis que j'envoie mes patients vers DENTAL FINANCE je n'ai plus besoin de prendre la place de la banque. Ils sont ravis de réaliser un crédit pour leur traitement dentaire et ils peuvent rapidement accéder à leurs soins ».Docteur G (75)

Dans ces deux témoignages, le rôle du praticien est central, il oriente le patient vers ces organismes.

Sur la page *Facebook* de l'organisme consultée en 2014, l'objectif est énoncé comme il suit :

« Mission : Développement rapide du chiffre d'affaire du cabinet dentaire grâce au concept Dental Finance ».

Le plus souvent avec ces organismes, le praticien a la possibilité de proposer la prise en charge soit de la moitié des intérêts soit de la totalité des intérêts du prêt consenti.

La méthode est présentée comme un outil pour éviter une réduction des honoraires.

Ce « cadeau », non obligatoire, est considéré au niveau comptable comme frais financier, donc déductible à 100%.

Le praticien est réglé directement sur son compte professionnel avec possibilité de déblocage partiel de la somme prévue au fil de l'exécution du plan de traitement.

Il n'est pas certain que de telles possibilités soient en accord avec l'article R 4127-221 du Code de la santé publique...

513.- D'autres sociétés comme *Odontolease* se sont placées sur le marché.

Ces sociétés avancent une position moins ambiguë vis à vis du patient sur le problème

⁷⁸⁰ [<http://www.dentalfinance.fr/jce/les-avis>], page consultée le 8 Mars 2013.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

de l'argent.

Il est intéressant de s'interroger sur la place du praticien placé au cœur de ces dispositifs. En effet, si dans les sociétés de crédits à la consommation classique il n'est pas demandé au praticien d'adhérer à un partenariat, dans ces organismes spécialisés le rôle du praticien dans la mise en place de ces crédits est plus direct puisqu'il reçoit directement sur son compte l'argent nécessaire. Le règlement ne vient plus du patient, ce qui remet en question le principe de paiement direct.

514.- Le Conseil de l'Ordre n'a pas, à notre connaissance, commenté les procédures de crédit à la consommation destinées au patient afin de faciliter le règlement.

Nous pouvons penser que la circulaire pré citée autorisant le règlement par carte de crédit tolère l'orientation que peut faire le praticien vers des organismes spécialisés à condition que le praticien ne perçoive pas d'avantage direct de cette mise en relation (autre que l'acceptation de son devis)⁷⁸¹.

Cependant déontologiquement la mise en place de tels systèmes avec intervention directe du praticien pourrait contrevenir aux dispositions du Code de la santé publique.

Citons notamment les articles du Code de la santé publique

- R. 4127-225: « *Sont également interdites toute publicité, toute réclame personnelle ou intéressant un tiers ou une firme quelconque* »,

- R 4127-221 : « *Sont interdits :*

1° Tout acte de nature à procurer à un patient un avantage matériel injustifié ou illicite ;

2° Toute ristourne en argent ou en nature faite à un patient ;

3° Tout versement, acceptation ou partage de sommes d'argent entre des praticiens ou entre des praticiens et d'autres personnes sous réserve des dispositions propres aux sociétés d'exercice en commun de la profession ;

4° Toute commission à quelque personne que ce soit ».

⁷⁸¹ CSS Article R4127-221. Sont interdits :

Tout acte de nature à procurer à un patient un avantage matériel injustifié ou illicite ;

Toute ristourne en argent ou en nature faite à un patient ;

Tout versement, acceptation ou partage de sommes d'argent entre des praticiens ou entre des praticiens et d'autres personnes sous réserve des dispositions propres aux sociétés d'exercice en commun de la profession ;

Toute commission à quelque personne que ce soit.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

Toutefois aucune sanction ordinaire ni recommandation officielle des instances ordinaires n'ont été émises à ce jour...un accord tacite ?

Chapitre 3 Une nouvelle offre de soin

515.- Entre *low cost* à domicile ou soins à l'étranger, le patient peut désormais bénéficier d'une offre de soin supposée « bon marché ».

516.- En temps de crise, la tendance est au *Low cost*⁷⁸².

Selon Fay et Reynaud « Critiquer le *low-cost* serait le dernier snobisme d'une classe bourgeoise en quête d'une nouvelle cause à défendre »⁷⁸³.

Le concept a glissé des biens de consommations et des transports vers la santé⁷⁸⁴.

La diffusion en Europe du terme dans la langue courante peut être datée et associée au succès des compagnies aériennes *low-cost*, Ryanair et EasyJet⁷⁸⁵.

L'objectif est de proposer au plus grand nombre une offre simple, sans superflu en contrepartie d'un prix très bas.

La logique du *low-cost* serait à priori fondée sur un bon rapport qualité/prix.

Section 1 Le rôle d'internet

517.- Internet est un outil d'information et de comparaison⁷⁸⁶.

Avec la mise en place récente de vente en ligne de médicament, son rôle ne cesse de

⁷⁸² Au sens littéral, « *low cost* » signifie bas coût.

⁷⁸³ B. FAY, S. REYNAUD, « No low cost », Éditions du Moment, Paris, 2009, 221p.

⁷⁸⁴ Dans les officines la tendance au *low cost* se dessine depuis quelques années déjà. Les pharmaciens s'organisent en groupements permettant de négocier des rabais sur le stock de produits.

Décret n° 2009-741 du 19 juin 2009 relatif aux centrales d'achat pharmaceutiques, JORF n°0142 du 21 juin 2009 page 10163.

⁷⁸⁵ M. SANTI, V. NGUYEN, « Le business model du low cost : comprendre, appliquer et contrecarrer », Paris : Eyrolles ; 2012. 360 p.

⁷⁸⁶ Y. HALLEM, I. BARTH, « L'influence d'internet sur le comportement d'achat d'un service de croyance, cas du tourisme médical », Revue Française du Marketing. sept2014, Issue 248, p59-76. 18p.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

s'affirmer.

D'après le baromètre CSA-Cercle de Santé-Europ Assistance son usage reste cependant minoritaire.

- 45 % « seulement » des patients s'y informent en matière de soins de santé (contre 67% des Suédois et 66 % des Américains) ;
- 87 % rejettent les consultations médicales par internet, un taux nettement plus fort que dans les autres pays étudiés⁷⁸⁷.

En 2007, l'enquête baromètre Paneuropéen réalisée par l'institut CSA sur 2500 citoyens d'Allemagne, de France, d'Italie, du Royaume-Uni et de Suède, révèle que 41% des patients consultent internet pour des informations de santé⁷⁸⁸.

« Doctissimo » est le site internet de santé le plus fréquenté en France.

En février 2012, Médiamétrie l'a classé au 4ème rang des 55 sites les plus visités avec 42 500 300 visites dans le mois⁷⁸⁹.

Le patient est davantage dans une démarche complémentaire de la consultation.

La difficulté est d'évaluer la qualité des données en ligne.

518.- L'enquête WHIST menée en 2007, souligne une méconnaissance ou une faible utilisation par le grand public des outils institutionnels de bon usage et de vérification des informations médicales en ligne⁷⁹⁰.

Les labels, codes et chartes les plus reconnus sont Health On the Net, Netscoring, aHealth Code of Ethics⁷⁹¹.

⁷⁸⁷ P. PIANEZZA, « *La santé à crédit : les stratégies des patients face à la crise* », Les Tribunes de la santé, 2012/3 n° 36, p. 67-72.

⁷⁸⁸ Europ Assistance, « Baromètre Pan Européen sur les principaux débats de santé », Note de synthèse, Sept. 2009.

⁷⁸⁹ Etat-Médiamétrie, « *La fréquentation des sites internet français* », 2012.

⁷⁹⁰ E. RENAHY, I. PARIZOT, S. LESIEUR et coll, « *WHIST: Enquête web sur les habitudes de recherche d'informations liées à la santé sur Internet* », Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, 2007. [http://www.inserm.fr/content/download/1423/13035/file/enquete_whist_2007.pdf], consulté le 2 Août 2014.

⁷⁹¹ A. FARIC, « Etude des facteurs facilitateurs et freinateurs influençant la relation

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

La Commission Européenne a également émis des critères de qualité.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a rédigé un guide pour aider les patients à s'orienter dans les sites médicaux et un document d'information destiné aux médecins pour leur délivrer des données simples sur les recherches des patients et quelques conseils.

Malgré tout, deux tiers des usagers ont déclaré ne pas savoir faire la différence entre un site certifié ou non. Seuls 28 % savent si les sites d'informations sont certifiés ou non, et seulement 12% consultent les sites certifiés⁷⁹².

Le risque d'obtenir des informations non validées scientifiquement et/ou mal interprétées est réel.

Mais Internet est surtout un vecteur de publicité.

Nous verrons ce point fondamental pour les cliniques dites « *low cost* » en France et le soin à l'étranger.

Section 2 Les centres de soins

Les médias parlent souvent de cliniques dentaires dites « *Low cost* ». Il ne s'agit que d'une appellation *marketing* pour désigner une certaine catégorie de centre de santé.

Nous expliquerons ainsi les contours généraux de cette offre de soin afin de se recentrer sur ces centres dentaires pour certains critiqués par la profession.

§1 Les différents types

519.- On dénombre environ 1220 centres dont un tiers réalise des soins exclusivement dentaires et un tiers des soins exclusivement infirmiers⁷⁹³.

médecin- malade lors de l'évocation par le patient d'informations de sante prises sur Internet : étude qualitative réalisée en Charente auprès de 13 médecins généralistes », Université de Poitiers, faculté de médecine, 2013. 92 p.

⁷⁹² CNOM - IPSOS. « Enquête : les conséquences des usages d'internet sur la relation patients médecins »,2010.

[<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/vers-une-meilleure-integration-d%E2%80%99internet-la-relation-medecins-patients-982>], consulté le 10 Avril 2015.

⁷⁹³ Centres d'au moins 20 000 € d'honoraires ayant répondu à l'enquête de la CNAMTS, après neutralisation des doubles comptes et en tentant compte des centres n'ayant pas répondu à l'enquête.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

La gestion peut être faite aussi bien par des associations (un tiers), des mutuelles (un tiers) que par d'autres structures (caisses de sécurité sociale, établissements de santé ou communes).

520.- Les textes fondateurs datent de 1946 et 1956 et leur appellation « centre de santé » se confirme par la loi du 8 janvier 1991.

Ils intègrent le Code de la santé publique en 1999⁷⁹⁴.

Enfin, la loi du 4 mars 2002 leur accorde une place spécifique dans les « autres services de santé » par l'article 53.

L'article 78 prévoit la création d'une instance nationale auprès du ministre de la santé⁷⁹⁵ chargée d'une réflexion sur les projets innovants et permettant une concertation sur toutes les dispositions réglementaires concernant les centres de santé.

Cette dernière disposition n'a toujours pas fait l'objet d'un décret d'application.

Le statut associatif permet la création de ce type de centre.

Selon l'article L 6323-1 du Code de la santé publique, « *les centres de santé, structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours, assurent, dans le respect du libre choix de l'usager, des activités de soins sans hébergement et mènent des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales. Ils font bénéficier leurs usagers de la pratique de la dispense d'avance de frais. Les centres de santé se doivent, en application de l'article L.162-32-1 du Code de la sécurité sociale, d'appliquer les tarifs conventionnels du secteur 1, sans dépassements d'honoraires* ».

En vertu des dispositions du décret n°2010-985 du 30 juillet 2010, les centres de santé peuvent fournir des consultations ou prodiguer des actes de prévention, d'investigation, des actes médicaux, paramédicaux ou dentaires⁷⁹⁶.

⁷⁹⁴ Lois n°2009-879 du 29 décembre 1999 et du 21 juillet 2009 et Accord national signé avec les caisses d'Assurance maladie en avril 2003.

⁷⁹⁵ Codifiée dans le code CSP à l'article L. 6323-2.

⁷⁹⁶ CSP, Article D. 6323-2.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

521.- En 2013, ces centres représentaient 5 % de l'offre totale de soins dentaires sur le territoire français sous différentes formes (centres dentaires mutualistes et municipaux, les centres dentaires de type associatif à but non lucratifs dits low-cost)⁷⁹⁷. Selon la CNAMTS, 425 centres de santé sont dédiés aux soins dentaires en 2012 principalement gérés par des mutuelles (75%). 10% de leurs patients sont bénéficiaires de la CMU-c. Le poids des charges hors personnel est plus important que dans les autres centres de santé : 40% environ⁷⁹⁸.

§2 Les spécificités

522.- Le premier article de la loi HPST reprend donc la définition des centres de santé. Elle les cite comme acteurs de missions de service public et affirme la pratique du tiers payant et leur mode de gestion par des organismes à but non lucratif, par des collectivités territoriales, des établissements de santé publics ou des établissements de santé d'intérêt collectif⁷⁹⁹.

523.- Les praticiens qui exercent en centre de santé sont salariés. Le salariat évite la relation d'argent entre le patient et le professionnel.

524.- Ces centres ont des avantages financiers. Par exemple pour les cotisations sociales, les centres de santé bénéficient d'une subvention des caisses d'assurance maladie de 11,2% sur les cotisations pesant sur la masse salariale des médecins, chirurgiens-dentistes et auxiliaires médicaux.

525.- La coordination des soins dentaires est une spécificité de ces centres, toutefois optionnelle.

Un dispositif similaire à celui du médecin référent prévoit un bilan bucco-dentaire

⁷⁹⁷ A-C DE DIVONNE, « *Offre de soins : la solution des centres de santé* ». Clinic. 2013, p. 11-14.

⁷⁹⁸ Cité dans : IGAS, Rapport, « Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain », 2013, p. 111. [http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-119P-Centres_de_sante.pdf]

⁷⁹⁹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

complet.

Il consiste en un plan de prévention personnalisé et des bilans périodiques, ainsi qu'une rémunération de 50€ par patient adhérent pour la première année et 30€ pour les années suivantes.

28% seulement adhèrent à l'option de coordination⁸⁰⁰.

Ces centres semblent à première vue orientés vers l'accès aux soins et les moyens de prévention.

La mission de service publique est en effet affirmée dans les textes qui régissent leur fonctionnement.

§3 Les objectifs de gestion diverses

526.- L'ensemble des soins courants peut être prodigué selon la structure du centre (médecine générale ou spécialiste, radiographie, analyses médicales, kinésithérapie, soins infirmiers, soins dentaires).

Il existe aussi des centres exclusivement dentaires ou infirmiers.

Certains centres de santé des quartiers très déshérités développent un rôle d'acteurs social, d'autres développent, avec comme attrait le tiers payant, des activités dégageant des marges financières (par exemple, la prothèse dentaire).

527.- Les centres de santé sont cependant régulièrement en déficit.

Les caisses d'assurance maladie ne financent en effet que très peu les actes de prévention et les pratiques médicales économes (limitation des prescriptions multiples, absence d'intérêt à une multiplication des actes).

Les centres de santé délivrent ainsi des soins peu coûteux pour la collectivité, sans dépassements tarifaires type secteur 2, actuellement financés par les communes et les mutuelles.

Les centres médicaux et polyvalents ont donc besoin d'un complément de ressources à

⁸⁰⁰ Cité dans : IGAS. Rapport sur « les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain » [en ligne]. 2013: [consulté le 30/03/14] p. 38.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

hauteur de 14 % de leur budget et à 6 % pour les centres dentaires et infirmiers⁸⁰¹.

Les centres dentaires bénéficient de la possibilité de développer des activités hors nomenclature qui permettent de compenser le déficit enregistré sur les soins conservateurs.

Cependant cette pratique doit être recensée dans le rapport d'activité et comporte un engagement de ne pas développer une pratique exclusivement centrée sur ces actes hors nomenclature.

528.- Seulement 50% des centres dentaires sont équilibrés selon l'enquête de la CNAMTS.

L'IGAS a constaté que certains centres dentaires ou polyvalents adoptaient des pratiques qui éliminaient certains types de patients et développaient un recours aux prothèses dentaires pouvant apparaître excessif au regard de l'objectif de « *réduire ou de retarder le recours aux soins prothétiques* » inscrit dans l'accord de 2003⁸⁰².

529.- La fixation des tarifs des prothèses en centre de santé apparaît très hétérogène. Certains gestionnaires offrent des tarifs très bas, voire parfois inférieurs à ceux prévus pour les patients bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle⁸⁰³.

Tableau 28: Exemple de tarifs dentaires pratiqués par les centres de santé

	CMU	Min	Max	Médiane
CCM	375 €	375 €	1 198 €	952 €
couronne métal	230 €	230 €	700 €	455 €
dent provisoire	0 €	40 €	92 €	50 €
semestre ODF métal	464 €	226 €	688 €	333 €
stellite 6 dents	349 €	234 €	1 174 €	745 €

Parmi les vingt-sept services dentaires des centres de santé ayant participé à l'étude, huit pratiquent des tarifs correspondant à ceux de la Couverture Maladie Universelle ou

⁸⁰¹ *Idem* p. 4.

⁸⁰² *Idem*, p. 49.

⁸⁰³ ARS, « Rapport de synthèse Ile de France, Accompagnement des centres de santé, dans l'amélioration de leur organisation et de leur viabilité économique », Oct. 2012. [http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/7_Acteurs_en_Sante/Centres_de_sante/CDS_rapportCdS_261126.pdf].

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

en dessous sur au moins un acte de prothèse, pour favoriser l'accès aux soins. (Annexe 5)

Ainsi pour compenser la faiblesse des honoraires, il convient d'augmenter la rentabilité par le volume, aidé par des techniques *marketing* insistantes.

§4 Le prix, élément central du marketing

Il faut reconnaître que seule une minorité des centres de santé ont cette attitude commerciale mais ils ont un fort impact médiatique.

530.- Des cliniques dites « *low cost* » voient le jour dans les grandes agglomérations avec des techniques de communication insistantes mais néanmoins convaincantes sous couvert d'un statut associatif.

Ce sont en fait de simples centres de santé.

Le précurseur de ce mouvement en France est Patrice de Montaigne de Poncins, fondateur du premier centre dentaire géré par une association à but non lucratif «Addentis», ouvert à Bondy en 2009 puis à Aubervilliers et Bobigny, villes particulièrement touchées par les difficultés d'accès aux soins.

L'un de ses anciens associés est Pascal Steichen.

Ce dernier a ouvert sur un modèle identique ses propres centres dentaires à bas prix sous l'appellation « Dentexia », association elle aussi à but non lucratif⁸⁰⁴.

531.- Les centres revendiquent leur statut d'association à but non lucratif et leur objectif social.

Le tableau suivant fait état de leur lieu d'implantation.

⁸⁰⁴ Nouvel Obs.fr, J. DE LINARES, « Soins low-cost : panique chez les dentistes », 3 Janv. 2013.

[<http://tempsreel.nouvelobs.com/economie/20130103.OBS4405/soins-low-cost-panique-chez-les-dentistes.html>] consulté le 12 Oct. 2014.

Le Monde.fr, R. SCHITTLY, « Soins dentaires : à Lyon, l'ouverture de cabinets low-cost dérange », 9 Mars 2012.

[http://www.lemonde.fr/societe/article/2012/03/09/soins-dentaires-a-lyon-l-ouverture-de-cabinets-low-cost-derange_1655410_3224.html], page consultée le 12 Oct. 2014.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

Tableau 29: Répartition géographique des centres dentaires low cost en France en 2013 suivants 6 paramètres⁸⁰⁵.

Centres de soins dentaires	Profil socio-sanitaire	Densité des chirurgiens-dentistes selon les villes	Proportion de bénéficiaires de la CMU de base	Proportion de bénéficiaires de la CMU complémentaire	Densité de chirurgiens-dentistes selon les régions	Densité de chirurgiens-dentistes selon les départements
ADDENTIS Bondy (93) Ile-de-France	Classe 2	Très dotée 31.5-45.1	3.10-6.69	6.0-10.9	67-89	31,5-45.1
ADDENTIS Aubervilliers (93) Ile-de-France	Classe 2	Très dotée 31.5-45.1	3.10-6.69	6.0-10.9	67-89	31,5-45.1
ADDENTIS Bobigny (93) Ile-de-France	Classe 2	Intermédiaire 31.5-45.1	3.10-6.69	6.0-10.9	67-89	31,5-45.1
ADDENTIS Paris Saint-Lazare (75) Ile-de-France	Classe 1	Très dotée 99,8-113.5	3.10-6.69	6.0-10.9	67-89	99.8-113.5
DENTIFREE Lambersart Nord-Pas-de-Calais	Classe 6	Intermédiaire 45.1-58.8	3.10-6.69	6.0-10.9	46-54	45.1-58.8
DENTIFREE Aubagne Provence-Alpes-Côte d'Azur	Classe 3	Sur-dotée 72.5-86.2	3.10-6.69	6.0-10.9	67-89	72.5-86.2
DENTEXIA Chalon-sur-Saône Bourgogne	Classe 2	Très sous-dotée 31.5-45.1	0.90-1.88	4.4-5.2	46-54	31,5-45.1
DENTEXIA Marseille Provence-Alpes-Côte d'Azur	Classe 3	Sur-dotée 72.5-86.2	3.10-6.69	6.0-10.9	67-89	72.5-86.2

⁸⁰⁵ S. ASSILI « Une dentisterie à bas prix : le tourisme dentaire et la tendance low-cost », Université Lorraine, UFR d'Odontologie de Nancy, 2014, p. 71.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

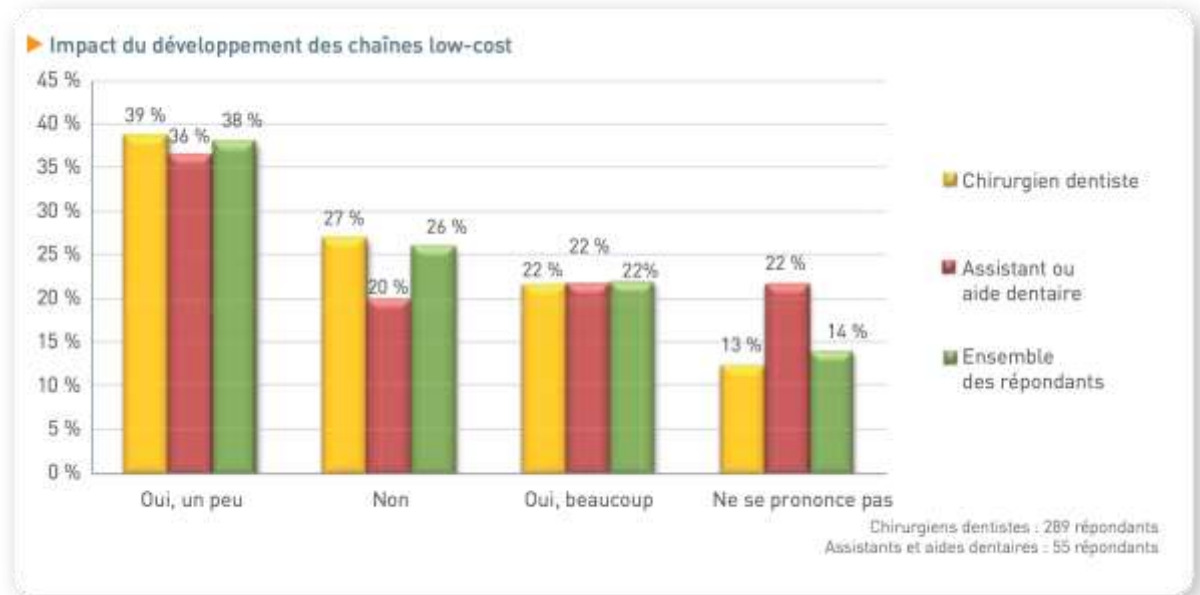
DENTEXIA Lyon Tête d'Or Rhône-Alpes	Classe 1	Intermédiaire 58.8-72.5	3.10-6.69	5.3-6	55-66	58.8-72.5
DENTEXIA Lyon Grange Blanche Rhône-Alpes	Classe 1	Intermédiaire 58.8-72.5	3.10-6.69	5.3-6	55-66	58.8-72.5
DENTEXIA Vaulx-en-Velin Rhône-Alpes	Classe 1	Intermédiaire 58.8-72.5	3.10-6.69	5.3-6	55-66	58.8-72.5
DENTEXIA Colombes (92) Ile-de-France	Classe 1	Intermédiaire 58.8-72.5	2.43-3.09	2.5-4.3	67-89	58.8-72.5
DENTEGO Paris 17ème arr. Ile-de-France	Classe 1	Sur-dotée 99,8-113.5	3.10-6.69	6.0-10.9	67-89	99.8-113.5
DENTALYA Aix-en-Provence Provence-Alpes- Côte d'Azur	Classe 3	Sur-dotée 72.5-86.2	3.10-6.69	6.0-10.9	67-89	72.5-86.2
DENTALVIE Cabestany Languedoc- Roussillon	Classe 3	Sur-dotée 58.8-72.5	3.10-6.69	6.0-10.9	67-89	58.8-72.5
COSEM Paris 8ème arr.	Classe 1	Sur-dotée 99,8-113.5	3.10-6.69	6.0-10.9	67-89	99.8-113.5
COSEM Paris 19ème arr.	Classe 1	Sur-dotée 99,8-113.5	3.10-6.69	6.0-10.9	67-89	99.8-113.5
COSEM Paris 9ème arr.	Classe 1	Sur-dotée 99,8-113.5	3.10-6.69	6.0-10.9	67-89	99.8-113.5

L'analyse de ce tableau montre que les zones d'implantations ciblées sont des secteurs urbanisés, dont la densité de praticien est déjà importante et présentant une population dont l'accès au soin est potentiellement difficile pour des raisons financières. Les faibles honoraires de ces cliniques ont donc un écho majeur dans ces zones.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

§5 Les critiques de la profession

532.- La profession se sent concernée par l'arrivée de cette nouvelle forme d'exercice comme le montre le graphique ci-dessous.



Graphique 7: Questionnaire de l'observatoire national des métiers dans les professions libérales, Juillet 2012.

Etude : Cabinets dentaires, de l'état des lieux à la prospective

A/ Un objectif mercantile sous couvert d'altruisme ?

533.- Dentexia est une des structures les plus développées et médiatisées.

L'organigramme suivant décrit son montage juridique.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

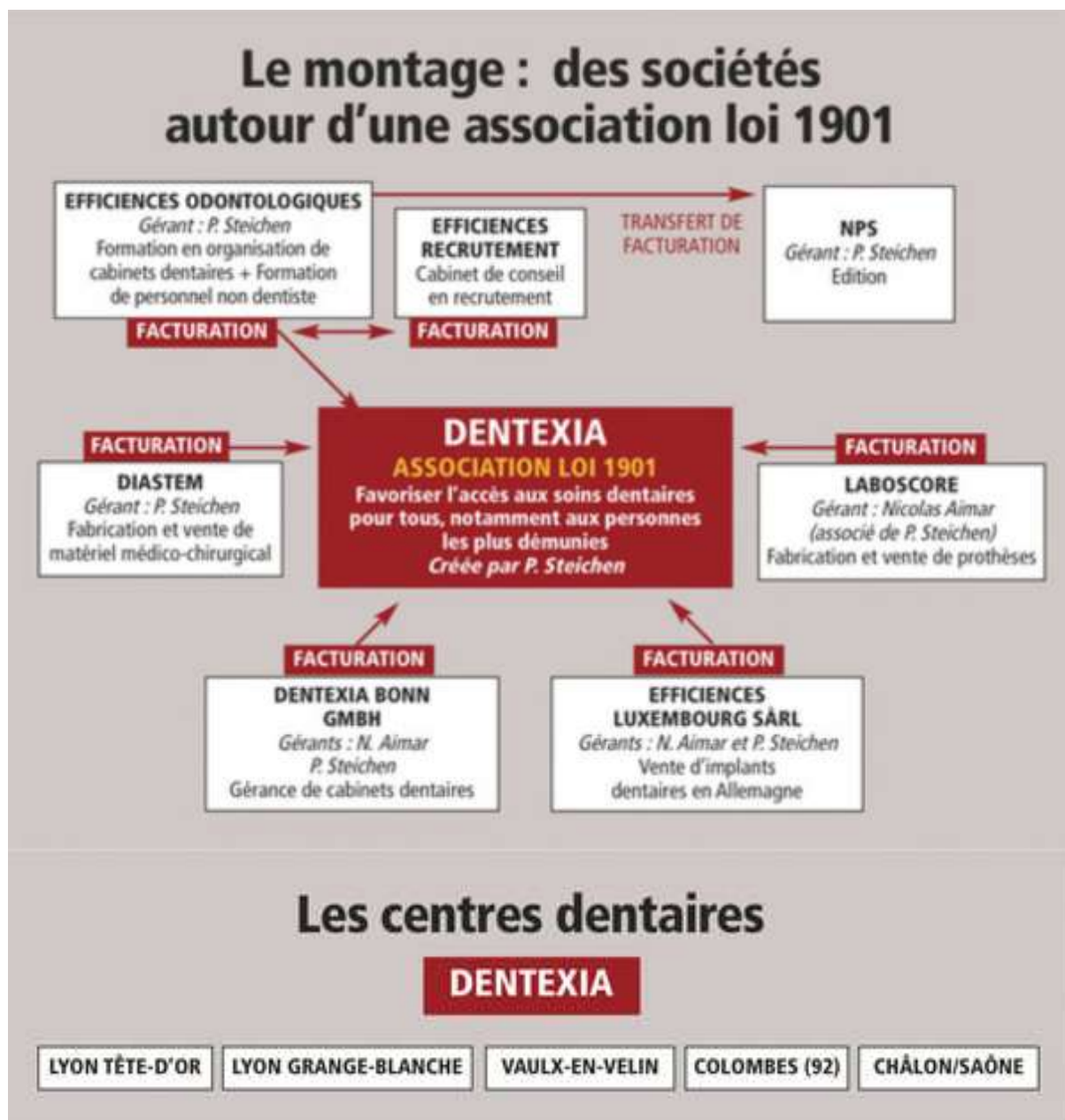


Figure 5 : Organigramme des centres dentaires Dentexia⁸⁰⁶.

Les structures centrales de ce réseau sont les centres de soins dentaires.

L'objectif est de permettre l'accès aux soins coûteux pour tous, en accord avec son statut d'association régi par la loi de 1901.

Les prix sont en effet imbattables: 970 euros le forfait « implant-couronne tout céramique » au lieu des 2 370 euros de tarif moyen constaté en France...

⁸⁰⁶ Lyon Capitale, « Dentexia, l'heure des procès », [<http://www.lyoncapitale.fr/Journal/Lyon/Justice/Justice/Dentexia-l-heure-des-proces>], page consultée le 22 janvier 2014.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

Les honoraires sont à l'origine d'un afflux de patient important.

L'association avance des chiffres de 1 300 personnes refusées à Lyon, 750 à Paris, faute de places disponibles⁸⁰⁷.

534.- Si certains patients y trouvent une avancée majeure, les administrations fiscales et la profession doutent du caractère totalement humaniste de la démarche⁸⁰⁸...

L'Ordre et les syndicats critiquent massivement cette mise en place et cette commercialisation de la santé sans toutefois avoir de moyens légaux pour empêcher cette évolution.

La pression s'exerce alors sur les praticiens qui osent s'affilier à ces entreprises, souvent débutants ou ressortissants de l'union européenne⁸⁰⁹.

Des convocations au sein du Conseil de l'ordre servent alors à expliquer que la collaboration avec ce genre de centre n'est que peu confraternelle et qu'il serait mieux de revenir dans un exercice plus « noble » sous couvert de leur mission de veille au respect de la déontologie de ses membres⁸¹⁰. Cela ne reste que de l'intimidation.

Les critiques de l'Ordre et de la profession sont virulentes.

Christian Couzinou, alors Président de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes a déclaré que « *Steichen s'est grillé partout. Il a des dettes aux quatre coins de la*

⁸⁰⁷ G.LAMY, « *Dentexia les victimes du dentiste low cost* ». Lyon Capitale. 2014 ; (731) : 60-64.

⁸⁰⁸ La société Efficiences odontologique, Dentexia et Pascal Steichen se sont vus imposer un redressement fiscal majeur.

En conséquence l'activité de Dentexia et d'Efficiences Odontologiques semble avoir été confiée à un nouveau groupe : Essenza.

Le 3 juillet 2014, une clinique dentaire a ouvert à Lille, déclarée aux autorités de santé sous la forme d'un « centre » dentaire associatif.

Ce centre est géré par la société Essenza Lille dont les statuts sont déposés le même jour que le jugement du redressement judiciaire d'Efficiences Odontologiques –, elle-même chapeauté par la holding Essenza Européenne de cliniques dentaires.

G. LAMY, « *Dentexia / Steichen : le château de carte s'écroule* », [<http://www.odcd35.fr/documents/14100210221759.pdf>]

⁸⁰⁹ Ce n'est pas sans rappeler le boycott du Conseil de l'ordre contre Santéclair.

⁸¹⁰ CE, 4e et 5e s.-sect. réun., 12 janv. 2005, req. n° 252365, AJDA 2005, p. 566.

Le Conseil d'Etat précise qu'il entre dans les compétences de l'ordre des médecins, auquel le législateur a assigné la mission de veiller au respect, par ses membres, de leurs obligations déontologiques (V. art. L. 4121-2, al. 1er, c. santé publ.),

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

France, Dentexia et Steichen font le tour des labos lyonnais et français. Personne ne veut plus les fournir. Tout le monde est au courant de leur réputation sulfureuse »⁸¹¹.

Afin de proposer des prix très bas, les volumes des « ventes » doivent être importants.

Un des griefs fait aux structures est la pression économique sur les praticiens salariés et les assistantes.

Certains anciens salariés ont ainsi évoqué « *un volume de production qu'il faut abattre tous les jours, sous peine d'être dans le collimateur des boss* ».

Alain Chantreau, Président du Conseil de l'ordre des chirurgiens-dentistes du Rhône, confirme : « *Je reçois beaucoup de jeunes confrères qui restent un ou deux mois chez Dentexia, ils ne tiennent pas. Ils disent avoir trop de pression sur les épaules. Et, quand ils n'arrivent pas à faire leur chiffre d'affaires, on le leur fait comprendre...* »⁸¹².

Cette course à la rentabilité pourrait facilement déboucher sur du surtraitement.



Illustration 2: Dessin de Diego Aranega

Et lorsque les devis sont trop importants, les patients sont invités par le centre de soin à

⁸¹¹ Propos cité dans Lyon Capitale, « *Dentexia, les victimes du dentiste low cost* », n° 731, Mars 2014.

⁸¹² *Idem*.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

se rapprocher de sociétés de crédit.

Le contrôle de ces structures ne peut venir que de l'assurance maladie par le biais d'un contrôle d'activité.

535.- Ces centres orienteraient leur pratique vers les actes rentables.

« *Le low cost se concentre sur les actes qui rapportent : l'implantologie et les prothèses ! Et ces centres pratiquent le surtraitement* », explique Christian Couzinou.

« *Le surtraitement, c'est quand on arrive avec deux ou trois dents cassées ou cariées... et qu'on repart avec dix couronnes, commente un expert du secteur. Quel patient CMU refuserait des prothèses ne coûtant rien, car financées par le contribuable ? Poser des couronnes à la chaîne, payées directement par l'assurance-maladie, c'est plus rentable que de soigner les caries et d'essayer de maintenir une dent vivante...* »⁸¹³.

Il s'agit d'un vrai problème de santé publique.

536.- Il reste cependant étrange que la profession accuse de cette façon ces sociétés sur le point de la spécialisation thérapeutique en prothèse.

Ces cliniques fondent leur argumentaire sur l'accès aux soins coûteux de prothèse et d'implantologie.

Les praticiens se spécialisant dans les actes rentables ont toujours existés : orthodontie, implantologie, parodontologie.

Cette fois la situation semble différente puisqu'il s'agit de prothèse, actes qu'un omnipraticien peut réaliser sans formation complémentaire spécialisée.

L'émoi de la profession pourrait s'expliquer par la crainte d'une hémorragie de patient vers ces centres, privant ainsi les cabinets de leur seule chance de rééquilibrer leurs comptes avec la prothèse.

⁸¹³ Cité dans Nouvelobs.fr, J. DE LINARES, « *Soins low-cost : panique chez les dentistes* », 3 Janv. 2013.

[<http://tempsreel.nouvelobs.com/economie/20130103.OBS4405/soins-low-cost-panique-chez-les-dentistes.html>] consulté le 12 Oct. 2014.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

B/ L'information ou la publicité ?

537.- Un dernier grief de la profession est l'usage de la publicité et la concurrence déloyale qui en découle⁸¹⁴.

Pour aborder les difficultés liées à l'interdiction de la publicité pour les praticiens inscrits au tableau de l'Ordre français, il semble intéressant de s'appuyer sur un arrêt du Conseil d'Etat⁸¹⁵.

En l'espèce, le praticien disposant d'un cabinet en Angleterre a mis en ligne des données sur sa pratique ne se limitant pas à une description objective des traitements.

Le Conseil de l'ordre national a donc mis en place des sanctions pour non respect des dispositions de l'article R 4127-215 du Code de la santé publique disposant que :

« *La profession dentaire ne doit pas être pratiquée comme un commerce. / Sont notamment interdits : (...) 3° Tous procédés directs ou indirects de publicité* ».

La Cour mentionne que le praticien « *disposait d'un cabinet en Angleterre, que le site était rédigé en anglais et qu'il ne faisait pas mention du cabinet français du praticien n'étaient pas de nature à priver ces messages de caractère publicitaire au sens de l'article R. 4127-215 du code de la santé publique, dès lors qu'ils étaient accessibles en France* ».

Toutefois dans l'hypothèse où, eu égard à son contenu, cette information n'est pas destinée à de telles personnes, la circonstance qu'elle leur soit librement accessible, notamment lorsqu'elle figure sur un site internet, n'est pas, par elle-même, de nature à lui conférer le caractère d'une publicité prohibée.

La décision de la chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des chirurgiens-dentistes a ainsi été annulée.

Cet arrêt illustre la complexité de l'interdiction de procédés publicitaires⁸¹⁶.

⁸¹⁴ Ph. MALINVAUD, « Droit des obligations », Litec, 13^e éd., 2014, n° 231 et s.

⁸¹⁵ Conseil d'Etat, 21 janvier 2015, requête n° 362761.

⁸¹⁶ Pour, la directive 84/450/CEE du 10 septembre 1984 de la Commission Européenne définit la publicité comme « toute forme de communication faite dans le cadre d'une activité commerciale industrielle, artisanale ou libérale dans le but de promouvoir la fourniture de biens ou services, y compris les biens immeubles, les droits et les

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

La déontologie oscille toujours entre « *l'épouvantail commercial et l'éloge de la discrétion* »⁸¹⁷.

La communication est fortement encadrée, concernant les imprimés professionnels, signalisation⁸¹⁸ et emplacement du cabinet⁸¹⁹.

Les législations européennes sont très différentes sur ce point.

Parallèlement l'information par internet est librement et facilement accessible.

538.- Même sur le sol français les traitements diffèrent, c'est ainsi que les centres de santé sont autorisés à « assurer » toute information sur leurs activités et leurs actions

La confirmation de cette mesure sera définitive après le vote de la loi au sénat.

Cependant les centres de santé usent largement de cette possibilité offerte.

Voici quelques exemples :

Centre dentaire de D. Paris, 2014, Modalités de la promotion reçues après inscription sur le site internet du centre.

« Bonjour,

Merci pour votre inscription ! Pour le mois d'Avril, vous bénéficiez de 30% de réduction sur le blanchiment dentaire chez nous. Il vous suffit de vous présenter au centre et de donner votre nom et votre adresse email.

N'hésitez pas ! »

Centre Dentaire D.

Le courrier électronique s'accompagne de l'illustration suivante :

obligation. »

Directive 84/450/CEE du Conseil du 10 septembre 1984 relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de publicité trompeuse. Journal officiel n° L 250 du 19/09/1984 p. 0017 – 0020.

⁸¹⁷ J. MORET-BAILLY, « *Publicité et déontologie* », Les Tribunes de la santé 4/2014, n° 45, p. 31-36.

⁸¹⁸ CSP Art. R 4127-216 à R 4127-219.

⁸¹⁹ CSP Art. R 4127-223.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique



Illustration 3: signalisation du centre dentaire Dentexia de Vaulx en Velin⁸²⁰

Dans un tel contexte, l'interdiction de la publicité semble être vaine.

⁸²⁰ Nouvelobs.fr, J. DE LINARES, « Soins low-cost : panique chez les dentistes », 3 Janv. 2013.

[<http://tempsreel.nouvelobs.com/economie/20130103.OBS4405/soins-low-cost-panique-chez-les-dentistes.html>] consulté le 12 Oct. 2014.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

Il nous semble que la profession devrait assouplir les procédés de communication.

A titre d'exemple, même la simple mention « implantologie dentaire » sur une plaque de signalisation a parfois été sanctionnée par l'Ordre⁸²¹ sans que celle-ci ne relève à notre sens d'une pratique commerciale.

Pendant ce temps, le Conseil d'Etat a jugé que « *l'exercice en qualité de salarié au sein d'un centre de santé dentaire, signalé par un panneau portant la mention centre de santé dentaire* » composé de lettres blanches d'environ 25cm de hauteur sur 2,5m de largeur éclairé la nuit par trois projecteurs, ne constitue pas un procédé publicitaire prohibé, eu égard à la nature de l'organisme de soins et à l'objet du panneau en cause, alors même que le praticien poursuivi était le seul à exercer dans les locaux de ce centre et qu'il n'avait pas déféré à une demande du conseil départemental de l'ordre de supprimer la signalisation mise en place par ce centre »⁸²²...

Pendant que la profession reste sclérosée dans le diktat de discrétion, les centres dentaires eux ne se privent pas de signalisation massive et de promesses de promotions importantes...

La différence de statut entre un praticien libéral seul, et un centre de santé, tourne à l'avantage de ce dernier.

En effet, les moyens d'un centre tel que Dentexia en matière de communication sont bien plus importants et tolérés. Les instances ordinales perdent alors la main sur la maîtrise de l'information au patient, de la publicité devrait-on dire...

Pour une même profession, il existe bien deux poids et deux mesures.

Section 3 Le tourisme dentaire

539.- Le tourisme médical n'est pas un phénomène nouveau, bien que plus médiatisé qu'auparavant.

La mondialisation du marché de la santé entraîne des flux de patients, pour des raisons de coût ou pour désengorger le système de santé dans certains pays.

⁸²¹ Chambre disciplinaire nationale de l'ordre des chirurgiens-dentistes, Audience publique du 30 novembre 2006, Lecture du 8 février 2007, Affaire n°1584, Docteur Christian D. Chirurgien-dentiste.

⁸²² CE, 19 fév. 2003, H. Rec., T. 975 Juillet 1998.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

Moullé et Duhamel ont écrit « *l'une des caractéristiques actuelles de la mondialisation, qu'illustre le développement des séjours médico-touristiques, c'est la grande capacité de la société civile à contourner la partition en territoires bornés, réalisés par les Etats* »⁸²³.

540.- La mondialisation du secteur de la santé concerne plusieurs marchés⁸²⁴:

- « celui de l'offre de soins, soit les chirurgiens-dentistes eux-mêmes,
- celui des fournisseurs, les prothésistes soumis à une concurrence étrangère de plus en plus forte avec des prix de plus en plus bas ,
- celui du marché des services à distance tel que l'établissement d'un diagnostic, d'un plan de traitement ou la lecture de clichés radiographiques d'un patient français par un chirurgien-dentiste en Hongrie par exemple ».

541.- Le phénomène en Europe s'est vu facilité par la mise en place de la monnaie commune.

La libre circulation aux frontières ainsi que les facilités de comparaison tarifaire ont participé à son développement.

542.- Face à la privatisation de la santé et à un reste à charge de plus en plus important, certains usagers du système de santé se tournent vers une offre moins coûteuse, bénéficiant d'une publicité remarquable en terme de qualité et de modernité.

§1 Un phénomène minoritaire

543.- Le centre national des soins à l'étranger, le CNSE, répertorie pour l'assurance maladie les demandes de prise en charge de soins reçus à l'étranger pour le régime général.

En 2011 selon cet organisme, 1547 français ont bénéficié de soins dentaires en Hongrie. Une étude de 2013 portant spécifiquement sur les soins dentaires permet de quantifier

⁸²³ F. MOULLE, S. DUHAMEL, « Frontières et santé: genèses et maillages des réseaux transfrontaliers », Ed. L'Harmattan, 2010, 286 p.

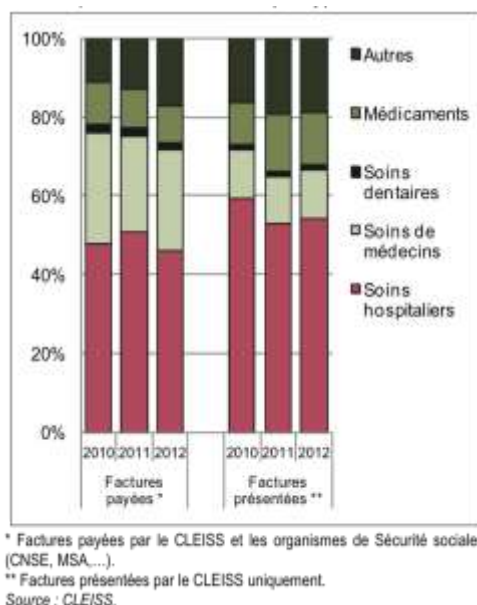
Lire à ce sujet : « Forum Shopping Médical », à paraître, PUN edulor 2015

⁸²⁴ JN.BAIL, « Santé et mondialisation: quels impacts pour la France ? », Montrouge: J. Libbey Eurotext, 2008, 127 p.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

les actes réalisés hors de nos frontières.

Pour 2013, 21 278 demandes de remboursement sont relevées correspondant à une dépense de 10,6 millions d'euros pour 2,3 millions d'euros remboursés⁸²⁵.



Graphique 8: Répartition des factures par type de soins⁸²⁶.

544.- Recevoir des soins dans les pays voisins de la France est donc un fait minoritaire quoi qu'en constante augmentation.

Mohamed Azgag, directeur du CNSE, évalue à 10 millions d'euros le manque à gagner pour l'économie française⁸²⁷.

Ce recours est justifié de la part des patients par une technicité meilleure pour un acte donné, un délai parfois long pour être soigné, et pour ce qui concerne le milieu dentaire, des différences importantes en matière d'honoraires, notamment pour les thérapeutiques implantaires et prothétiques.

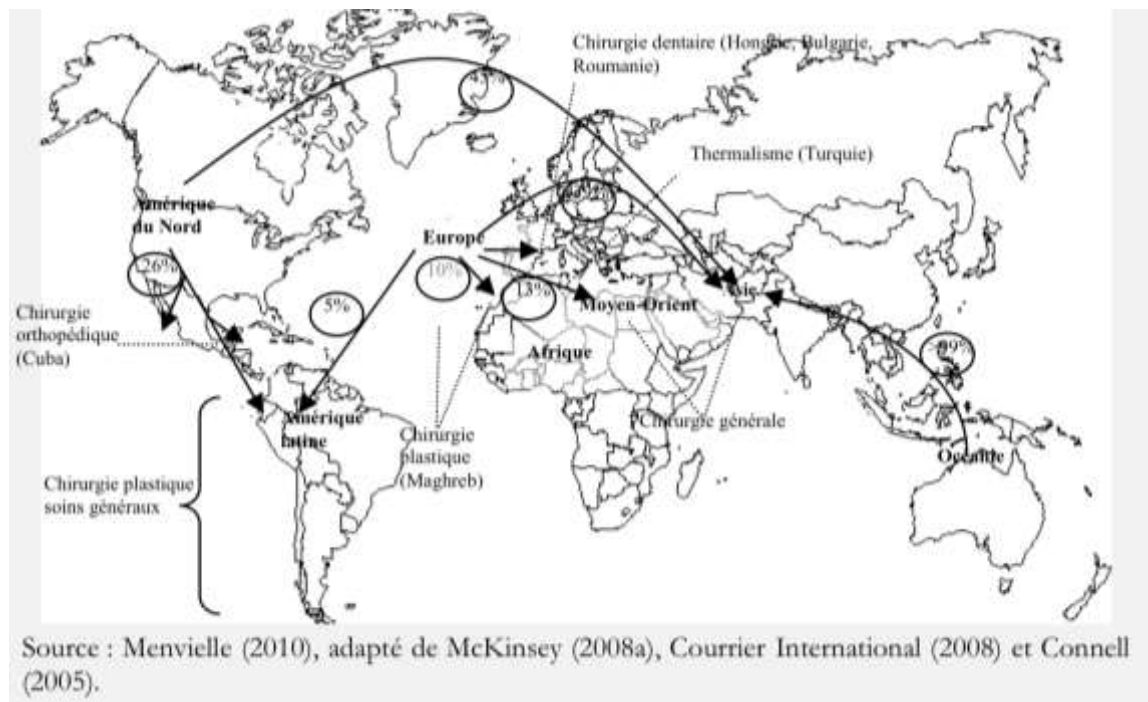
545.- La carte suivante résume les principaux flux de patients.

⁸²⁵ CNSE, Rapport d'activité 2013, p. 24.

⁸²⁶ M-A. LE GARREC, M. BOUVET, « Comptes nationaux de la santé 2012 », DREES, Document de travail, Série statistiques, n° 185, septembre 2013.

⁸²⁷ Conseil National de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, « Les vrais chiffres du tourisme dentaire », La Lettre n° 130, Sept. 2014, p 5-7.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique



Pour la dentisterie le Portugal s'adresse majoritairement à des assurés français mais d'origine portugaise qui réalisent des soins essentiellement conservateurs au cours de leurs congés.

A l'inverse, des pays se spécialisent dans le tourisme dentaire pour l'ensemble de la population française qui souhaite réaliser des soins plus importants.

Sont à citer la Hongrie, la Roumanie, destinations les plus médiatisées, et dans une certaine mesure l'Italie et l'Espagne, ces deux derniers pays s'adressant surtout aux transfrontaliers⁸²⁸.

Le tableau suivant montre la distribution des remboursements en fonction du pays européen⁸²⁹.

Tableau 30: Soins dentaires en UE / UEE / Suisse

⁸²⁸ L'Italie et l'Espagne évoluent afin de proposer au même titre que la Hongrie et la Roumanie une offre structurée pour des prises en charges importantes et globales.

⁸²⁹ CNSE, Rapport d'activité 2013, p. 47.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

Pays de soins	Nombre dossiers	Dépense assuré (€)	Dépense moyenne (€)	Remboursement (€)	Taux de prise en charge (%)
Hongrie	1 956	3 046 717	1557	630 194	20,7
Espagne	3 423	2 192 458	640	393 886	17,9
Portugal	5 933	1 304 198	219	420 251	32,2
Italie	1 235	1 225 908	992	194 377	15,8
Allemagne	1 803	607 503	336	104 946	17,2
Roumanie	435	540 582	1242	140 686	26
Belgique	1 474	318 390	216	71 735	22,5
Pologne	787	223 311	283	74 179	33,2
Pays-Bas	231	91 242	395	19 100	20,9
Luxembourg	271	121 566	448	21 764	17,9
Total UE	17 548	9 671 875	633	2 071 118	22,43

Nous pouvons remarquer que l'offre et la demande s'orientent plus volontiers vers les pays européens.

L'Europe permet une prise en charge des soins transfrontaliers qu'il convient d'analyser.

§2 Le patient face au droit communautaire

546.- Dans la mesure du possible, la Cour européenne assure aux usagers du système de santé le bénéfice des libertés garanties par le traité de la communauté européenne : le bénéfice de la libre prestation des services ainsi que la protection des personnes dans le domaine de la santé.

547.- La libre circulation facilite le recours aux soins hors des frontières⁸³⁰.

Le règlement n° 1408/71 du 14 juin 1971⁸³¹ et ceux qui l'ont suivi prévoient la possibilité de soins dans un pays européen mais dans des conditions restrictives et

⁸³⁰ J-C BONICHOT, « *La Cour de justice et la santé publique : prudence limitée ou audace mesurée?* », Gazette du Palais, 20 juin 2009 n° 171, p. 8.

⁸³¹ Règlement (CEE) n°1408/71 du Conseil, du 14 juin 1971, relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

seulement si le patient y est autorisé.

Il est en effet interdit aux Etats de « *mettre le secteur de la santé publique, en tant que secteur économique et du point de vue de la libre prestation de services, à l'abri du principe fondamental de libre circulation* »⁸³².

A/ Le soin à l'étranger sous condition

548.- Quatre principes sont tirés des jurisprudences suivantes : l'arrêt Kohll du 28 avril 1998⁸³³ (point 46), l'arrêt Smits et Peerbooms du 12 juillet 2001⁸³⁴ et enfin l'arrêt Watts du 16 mai 2006⁸³⁵ limitant le recours au soin hors de l'Etat d'appartenance.

- Les États ne peuvent « *mettre le secteur de la santé publique, en tant que secteur économique et du point de vue de la libre prestation de services, à l'abri du principe fondamental de libre circulation* ».

Ainsi le principe de la libre prestation de services s'applique au domaine médical et les modalités de règlement par paiement direct ou tiers payant ne sont pas une justification au non respect de ce principe;

- Dans tous les cas où des États membres subordonnent d'une quelconque façon les soins dans un autre État membre à une autorisation, celle-ci constitue une restriction à la liberté de prestation de services;

- Les autorisations peuvent cependant être admises en cas de raisons impérieuses d'intérêt général mais seules trois hypothèses peuvent justifier le recours à une autorisation.

- Risque d'atteinte grave à l'équilibre financier de la sécurité sociale.

Ce risque est bien entendu non admis si le tarif de remboursement dans l'État membre où les soins sont fournis correspond à celui de l'État membre de

⁸³² C-158/96, Rec., p. I-01931, point 46 de l'arrêt Kohll du 28 avril 1998 ; Arrêt Smits arrêt Peerbooms du 12 juillet 2001 C-157/99, Rec., p. I-05473 Arrêt Watts du 16 mai 2006.

⁸³³ C-158/96, Rec., p. I-01931.

⁸³⁴ C-157/99, Rec., p. I-05473.

⁸³⁵ C-372/04, Rec., p. I-04325.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

résidence.

- Une qualité des soins supérieure. Une certaine homogénéité de la qualité étant cependant à présupposer étant donné l'harmonisation voulue dans l'enseignement à travers l'Europe.
- Le maintien d'un service médical et hospitalier équilibré et accessible à tous, c'est-à-dire l'objectif d'assurer une capacité de soins et les compétences médicales. Ce dernier objectif justifie la planification de l'offre de soins et l'obligation de principe d'avoir recours à ceux qui sont disponibles sur le territoire de l'État membre de résidence.

- Les conditions de délivrance de l'autorisation peuvent être subordonnées d'une part à certains types de traitements, d'autre part à l'absence de disponibilité du traitement en question sur le territoire national⁸³⁶.

Les responsabilités pour l'organisation, le financement et la gestion des soins de santé demeurent des prérogatives nationales selon l'article 168 du traité de Lisbonne. « *La préservation de la compétence étatique en ce domaine s'avère une constante de la construction communautaire* »⁸³⁷.

549.- Plusieurs catégories de malades sont concernées par des soins à l'étranger.

Citons :

- les touristes recevant des soins sur un lieu de vacances à l'étranger, les soins dentaires en urgence par exemple.
- les retraités déménageant à l'étranger ;

⁸³⁶ Selon l'arrêt Watts, le seul fait de pouvoir être soigné plus vite ailleurs ne suffit pas pour obtenir l'autorisation, mais celle-ci doit être accordée si l'intéressé ne peut pas être soigné dans son pays dans un délai acceptable, compte tenu d'une évaluation médicale objective de ses besoins cliniques, ce qui suppose une appréciation au cas par cas et non d'ordre général.

⁸³⁷ L. DUBOUIS, « Les États membres de l'Union européenne ont-ils conservé la maîtrise de leur système de soins ?, L'État souverain dans le monde d'aujourd'hui, Mélanges en l'honneur de J.-P. Puissochet », Ed. Pedone, 2008, p. 77.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

- des migrants de retour au pays d'origine⁸³⁸;
- des habitants de régions frontalières⁸³⁹ ;
- des patients en recherche de meilleure qualité ou coût, situation qui justifie les soins dentaires à l'étranger réalisés pour des raisons financières ;
- des patients adressés à l'étranger par leur propre système de soins ;
- plus récemment des patients soignés depuis l'étranger sans avoir à se déplacer par la télémédecine.

La liberté de se faire soigner est donc admise en ce qui concerne les soins dentaires.

La circulation des malades a été facilitée par l'introduction, en 2004, de la nouvelle carte européenne d'assurance maladie.

Il convient dès lors de préciser les conditions de remboursements par l'assurance maladie.

B/ La prise en charge par les organismes d'assurance maladie

550.- Avec les facilités d'information par internet ou du développement des transports, les gouvernements ont dû travailler sur la coordination entre systèmes nationaux : soins dans les zones frontalières, centres de référence pour maladies rares, professionnels de santé, sécurité des patients, qualité des soins hospitaliers, télésanté et information sur les soins de santé.

Le problème de la prise en charge se pose puisqu'il faut rééquilibrer le poids financier entre le pays d'origine et le pays d'accueil.

551.- Deux hypothèses prévalent.

- Celle de l'application du règlement n° 883/2004 (anciennement n° 1408/71) où les dépenses sont prises en charge par l'État membre de délivrance des soins ;

Le règlement de 1971 assure le maintien de la prise en charge des soins imprévus ou inopinés délivrés dans un autre État membre dans un séjour temporaire.

⁸³⁸ Cas couverts par le Règlement (CE) n° 883/2004 de coordination de régimes de sécurité sociale

⁸³⁹ F. SAUER, « Europe et télésanté, Les droits des patients aux soins numériques transfrontaliers », RDSS, 2011, p. 1029.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

En revanche, pour des soins de santé programmés, l'organisme d'affiliation doit délivrer avant une autorisation afin de rembourser les frais occasionnés.

Les coûts correspondants aux soins délivrés à une personne affiliée dans un autre État membre sont supportés non par l'organisme de sécurité sociale du lieu de traitement, mais par celui de l'État d'affiliation, selon les règles de l'État de traitement.

C'est ce dernier point qui a pu être contesté par certains patients devant la Cour de Justice des Communautés Européennes.

- Celle de l'application du principe de la liberté de prestations de services où l'institution compétente de l'État de résidence doit couvrir l'intéressé des frais prévus par la législation de cet État.

Si celui-ci assure la gratuité des soins, il doit couvrir à concurrence de ce qu'aurait coûté dans cet État un traitement équivalent dans la limite des frais exposés dans l'État membre de délivrance des soins.

La Jurisprudence de la Cour de justice des Communautés européennes (CJCE) va dans ce sens

Le principe de l'application du principe de la liberté de prestations de services est ressorti dans plusieurs arrêts de la Cour.

552.- Il ressort des différents arrêts les points suivants :

- Les soins ambulatoires, c'est-à-dire non hospitaliers, peuvent être pris en charge sans autorisation préalable⁸⁴⁰.

En matière de soins dentaires, la question est plus délicate lorsqu'il est nécessaire d'obtenir une demande d'entente préalable, notamment pour l'orthodontie.

Un ressortissant luxembourgeois est entré en conflit avec sa caisse d'assurance maladie celle-ci ayant refusé la demande d'autorisation établie par un médecin luxembourgeois pour permettre à sa fille mineure de suivre un traitement d'orthodontie en Allemagne⁸⁴¹.

⁸⁴⁰ Arrêts Kohll et Decker, 28 Avril 1998.

⁸⁴¹ Aff.C-158/96, Arrêt du 28/04/1998, bull.11/1998.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

Les articles 59 (devenu 49) et 60 (devenu 50) du traité CE interdisant les entraves à la libre prestation de services s'appliquent.

La Cour de Justice des Communautés Européennes a ainsi déclaré la réglementation contraire à ces articles.

Le fait que le remboursement de prestations de soins dentaires donnés par un orthodontiste d'un autre état membre soit subordonné à une autorisation de la Caisse de maladie rend la prestation de services entre états membres plus difficile que la prestation de services purement interne à un état. La Cour a ainsi invalidé l'exigence d'une autorisation préalable pour les soins non hospitaliers en validant la légitimité des États à garantir ainsi leur capacité de régulation globale du système de santé.

- L'État membre d'affiliation a la faculté, mais non l'obligation, d'exiger une autorisation préalable pour les actes hospitaliers prévus, notamment pour des raisons impérieuses tenant à l'équilibre financier des systèmes de sécurité sociale et au maintien d'un service hospitalier accessible à tous⁸⁴². L'autorisation préalable peut être justifiée dès lors qu'elle est proportionnée et non arbitraire⁸⁴³.

Si son refus pouvait être fondé sur un délai d'attente, celui-ci se devait d'être acceptable au vu de l'état clinique du patient⁸⁴⁴.

- Le patient peut bénéficier d'un versement complémentaire si les règles de l'État membre d'affiliation lui sont plus favorables⁸⁴⁵. Ainsi, le remboursement d'une intervention réalisée à l'étranger doit être au moins aussi favorable que celui qui aurait été accordé si l'assuré avait été hospitalisé dans son État membre d'affiliation.

Suite à de longues consultations avec toutes les parties concernées, la Commission Européenne a soumis en 2008 une proposition de directive sur les droits des patients en matière de soins adoptée par le Parlement et le Conseil.

⁸⁴² Arrêts Smits et Peerbooms du 12 juillet 2001.

⁸⁴³ Arrêts Müller-Fauré et Van Riet du 13 mai 2003.

⁸⁴⁴ Arrêt Watts du 16 mai 2006.

⁸⁴⁵ Arrêt Vanbraekel du 12 juillet 2001.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

553.- La directive 2011/241/UE du 4 mars 2011⁸⁴⁶ a eu pour objectif de clarifier la situation en conciliant les positions des Etats et le droit des patients en matière de libre circulation.

Elle ouvre les services de santé transfrontaliers aux patients européens en distinguant les soins ordinaires à l'étranger, pris en charge normalement, des soins « lourds » soumis à des impératifs de planification sanitaire et nécessitant une autorisation préalable, motivée et prise dans des délais raisonnables conformément à l'article 8. Le remboursement se fait par et dans les conditions tarifaires du pays d'affiliation.

Les refus pour les soins lourds sont plus strictement encadrés.

Seuls deux hypothèses en ouvrent la porte : si son pays a des raisons de s'inquiéter de la « qualité des soins »⁸⁴⁷ prodigués par tel ou tel établissement européen, ou si le même traitement est accessible sur place « dans un délai raisonnable »... cette appréciation temporelle étant relativement floue.

L'article 9 traite des procédures administratives concernant les soins de santé transfrontaliers et précise que les Etats membres doivent faciliter la coopération régionale et les technologies de l'information et de communication.

Elle confirme également la reconnaissance des prescriptions signées par un médecin dans un autre Etat membre et l'établissement de réseaux européens de référence, en particulier dans le domaine des maladies rares.

554.- Un ajustage des remboursements entre pays d'accueil et d'origine pour les soins non hospitaliers est mis en place.

Le remboursement ne peut excéder le montant de remboursement prévu par le système de santé national du praticien. Il sera ainsi impossible à un patient opéré dans un autre Etat de réaliser un bénéfice financier en se faisant rembourser dans son pays un soin coûtant moins cher dans un autre.

Si les soins sont plus faciles d'accès ailleurs, mais plus chers, le patient devra payer le

⁸⁴⁶ Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers JO L 88 du 4.4.2011, p. 45-65.

⁸⁴⁷ E. BROSSET, « *Tourisme médical et sécurité des soins devant le juge de l'Union* », Note sous CJUE, 9 octobre 2014, Elena Petru, affaire C-268/13, RDSS 2015 p. 81

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

surplus de façon personnelle.

L'Etat membre d'origine devra payer directement l'hôpital ou l'Etat membre dans lesquels le soin est effectué.

En cas d'impossibilité, le patient devra être remboursé par son Etat d'origine dans un délai court.

555.- Une augmentation imprévisible du volume de soins transfrontaliers menaçant l'équilibre économique d'un pays ouvrirait droit à la clause de sauvegarde.

Cette clause permet à un État membre de mettre en place un système d'autorisation préalable pour les soins hospitaliers, si la préservation de son système le requiert : le patient devra obtenir cette autorisation de son Etat d'origine avant de pouvoir bénéficier de soins dans un autre pays.

Pour ce qui concerne l'information et la protection des patients, un « point de contact » dans chaque pays est mis en place⁸⁴⁸.

Cette directive signifie donc que la prise en charge des soins sera faite sur une base inférieure ou égale à celle de la cotisation de la sécurité sociale française.

Le ticket modérateur sera normalement pris en charge par les organismes complémentaires comme à l'accoutumée, à savoir en général de une à quatre fois la quotité donnée par la sécurité sociale.

556.- En résumé les soins dentaires sont remboursés par la CPAM uniquement selon les modalités prévues par la législation française sans option possible pour les tarifs de l'Etat dans lequel les soins ont été réalisés.

Pour ce qui concerne les soins coûteux, motifs de départ à l'étranger fréquents (prothétiques et chirurgies implantaires), le bénéfice financier résidera dans une moindre mesure en la reconnaissance de la prise en charge de la sécurité sociale au plan

⁸⁴⁸ La France surveille par ailleurs de près les tentatives de fraude concernant les remboursements de soins hors du territoire, avec toutes les difficultés que cela comporte.

Lire à ce sujet : M. DEL SOL, « *La lutte contre la fraude au remboursement des soins reçus en dehors de l'Union européenne* », La Semaine Juridique Social n° 11, 16 Mars 2010, 1098.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

européen.

L'opération est positive surtout parce que les honoraires sont moins élevés au-delà des frontières françaises.

§3 Les destinations et leurs aléas

557.- Parmi les pays voisins les plus abordables nous retrouvons l'Espagne, la Hongrie, la Turquie et la Tunisie.

La Pologne, la Hongrie, la Roumanie ou la République Tchèque ont su tirer parti de cette situation « *pour proposer au plus grand nombre des interventions dentaires à la portée de toutes les bourses* »⁸⁴⁹.

Le tableau suivant extrait du site internet Novacorporus spécialisé dans le tourisme médical, objective les différences de prix⁸⁵⁰.

⁸⁴⁹ C BORGNE, « *Le tourisme médical : une nouvelle façon de se soigner* ». Les Tribunes de la santé. 2007 ; 15 (2) : p. 47.

⁸⁵⁰ Novacorporus.fr , [<http://www.novacorporus.fr>], page consultée le 20 Sept. 2015

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

Economisez 75% sur le prix de vos soins dentaires

Comparaison des prix des soins dentaires par pays

Type de soins dentaires	Prix soins dentaires Espagne	Prix soin dentaires Hongrie	Prix soins dentaires Turquie <small>Pas convaincu par la Turquie? Lisez les 5 mythes sur la Turquie</small>	Prix habituels France
couronne dentaire céramique + métal	dès 345 €	225 €	190 €	700 – 900 €
couronne dentaire céramique à 100% (zircone)	dès 505 €	390 €	440 €	900 – 1200 €
Bridge dentaire	Prix d'un élément (une couronne) multiplié par le nombre de dents à remplacer par le bridge			
facette céramique	dès 420 €	225 €	440 €	750 €
implant dentaire (avec vis et pilier)	dès 965 €	780 €	805 €	1'500–1'750 €
Prothèse dentaire (couronne sur implant céramo-métallique)	dès 360 €	225 €	Gratuit si une seule couronne sur un implant Sinon 220 €	700–900 €
Prothèse dentaire couronne sur implant 100% céramique/zircone	dès 505 €	390 €	480 €	1'200 €

Les mesures facilitant le remboursement des soins ainsi que les facilités de circulation et

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

d'accès à l'information ont fait naître un nouveau marché pour les opérateurs de la santé, organisés pour certains comme des agences de tourisme.

A/ Les agences de tourisme dentaire

558.- Ces agences répondent aux attentes de patients.

Une étude a été faite auprès de patients italiens ayant réalisé des soins dentaires à l'étranger entre 2001 et 2008, en postant un questionnaire sur le site internet d'une association de consommateurs.

81 questionnaires complétés ont montré que la motivation principale était d'économiser de l'argent, puis de réduire la durée des soins en les concentrant⁸⁵¹.

Une étude française de 2012 corrobore ces résultats⁸⁵².

L'argumentaire des agences est logiquement appuyé sur ces deux éléments.

559.- La concurrence entre les organismes proposant des soins dentaires à l'étranger est très forte et entraîne des techniques *marketing* très développées et offensives⁸⁵³.

Des voyages conjuguant tourisme et médecine sont mis en place.

L'offre se distingue par une infrastructure hôtelière de qualité et un service maximal⁸⁵⁴.

Les avantages financiers recherchés sont conservés et le patient sentira peu la différence lors du déroulement de son soin⁸⁵⁵.

⁸⁵¹ CARMAGNOLA D, FILIPPUCCI L, CELESTINO S et coll. *A survey on the experience with dental tourism in a sample of Italian patients*. *Minerva Stomatol.* 2012 ; 61(1-2) : 11- 20.

⁸⁵² G. FUCHE, « Soins dentaires à l'étranger : impacts sur la relation chirurgien-dentiste / patient », Mémoire de Master 2 Recherche en éthique, Université Paris Descartes ; 2012. 102 p. [http://ccsd11.ccsd.cnrs.fr/sites/default/files/m2_fouche.pdf]

⁸⁵³ Le Monde diplomatique.fr, « *Scalpel safari en Afrique du Sud* », Déc. 2012. [<http://www.monde-diplomatique.fr/2012/12/SHAH/48473>], page consultée le 17 juil. 2013.

⁸⁵⁴ Lire à ce sujet : L. MENVIELLE, « *Tourisme médical : quelle place pour les pays en développement ?* », *Mondes en développement*, 2012/1 n°157, p. 81-96.

⁸⁵⁵ Le Monde, R. RIVAIS, « *Le tourisme dentaire séduit les familles modestes: Des patients français n'hésitent pas à faire le déplacement en Hongrie pour bénéficier de prix intéressants* », 19 Août 2009, p19.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

Certaines sociétés offrent même le transport « *si vos soins dentaires sont chers* »⁸⁵⁶.

560.- Une des techniques utilisées par les sociétés de tourisme est la mise en place d'une première consultation en France par un praticien français et la remise d'un devis⁸⁵⁷.

Le Conseil de l'ordre s'oppose à cette mise en place de « partenariat » avec les praticiens français.

Un praticien s'est ainsi vu interdire d'exercice pour deux mois par la chambre disciplinaire de première instance pour des consultations de bilan avant prise en charge à l'étranger.

De même un praticien s'est vu condamné pour des faits similaires de partenariat avec une clinique privée hongroise.

Ce dernier s'est vu condamné au motif du non respect de l'interdiction de publicité et de pratiquer la dentisterie comme un commerce⁸⁵⁸.

Les autres manquements au Code de la santé publique notés sont

- la méconnaissance du principe de libre choix du praticien par le patient
- l'absence de transmission à son conseil départemental des contrats ayant pour objet l'exercice de la profession
- l'atteinte à l'honneur de la profession
- le principe selon lequel le praticien doit mettre son patient en mesure d'obtenir les avantages sociaux auxquels sont états lui donne droit sans procéder à aucune demande abusive
- l'interdiction de procéder à de la publicité personnelle ou intéressant un tiers
- l'interdiction de toute ristourne en argent ou en nature
- le principe d'indépendance professionnelle du praticien
- l'interdiction du partage d'honoraire entre praticiens

⁸⁵⁶ [<http://www.centre-dentaire.net/>], page consultée le 17 Juil. 2015.

⁸⁵⁷ [<http://budapest-implant-dentaire.fr/reservation-d-une-heure>], page consultée le 17 Juil. 2015.

⁸⁵⁸ Décisions citées dans : Ordre National des Chirugiens-Dentistes, La Lettre, Sept. 2014, p. 4-10.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

Le praticien a ainsi été condamné pour deux mois fermes d'interdiction d'exercice et un avec sursis.

Un troisième praticien dont le nom était indiqué sur le site internet de la même société commerciale s'est vu condamné à un mois d'interdiction d'exercer.

Notons que le manquement au respect du secret professionnel a cette fois été également souligné au regard de la transmission des documents médicaux des patients au responsable commercial du site internet.

B/ Les écueils du tourisme dentaire

561.- « Le tourisme dentaire pose un problème médico-légal » selon le professeur Patrick Missika⁸⁵⁹.

Effectivement certains points posent question.

562.- Le premier point est la qualité des soins parfois médiocre.

Les patients recherchent la rapidité d'exécution du plan de traitement.

Les soins sont souvent exécutés en une semaine et les délais de cicatrisation semblent accélérés.

Par exemple un patient souffrant d'une maladie parodontale va nécessiter une prise en charge sur plusieurs mois, avec des réévaluations très régulières.

Y a-t-il une étude faite en France avant le départ du praticien ?

La lecture des forums montre que la prise en charge semble systématiquement accélérée.

Le manque de traçabilité et la marque des implants utilisés souvent inconnue rendent difficile une ré intervention.

En effet la pose de marques d'implants moins répandues complique la reprise ou même la maintenance du traitement par les praticiens français.

L'implantologie est un système mécanique, pour lequel des tournevis, vis et piliers propres à chaque marque sont nécessaires, sans quoi il est impossible d'intervenir.

⁸⁵⁹ Propos cités par : M. GERMAIN, « Soins dentaires, le Löw cos peut coûter cher », 5 Déc. 2012, [<http://www.pourquoidoctor.fr/Articles/Question-d-actu/1639-Soins-dentaires-le-low-cost-peut-couter-cher>], page consultée le 20 Sept. 2015.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

Le patient ne semble pas averti de la nécessité de garantir les possibilités de ré intervention.

563.- Un autre point est la gestion des litiges compte tenu de la distance et des différences de législation.

Le patient a alors peu de recours, les possibilités dépendant du système législatif du pays en question, compliquées par le fait de ne pas être sur place et l'éventuelle barrière de la langue.

Le recours le plus aisé peut s'envisager contre l'agence ayant organisé le séjour, sous réserve qu'elle relève de juridictions françaises.

Novacorus par exemple relève du droit suisse.

Les agences de voyages ont une relation contractuelle personnelle vis à vis de leur client⁸⁶⁰.

Par ailleurs l'agent de voyages doit réparer le dommage subi par le voyageur même si un tel dommage n'est pas considéré comme indemnisable par la loi locale régissant le prestataire substitué⁸⁶¹.

Selon le deuxième alinéa de l'article L. 211-16 du Code du tourisme, l'agence de voyages peut s'exonérer de sa responsabilité en prouvant que le défaut ou la mauvaise exécution de ses obligations est imputable au fait imprévisible et insurmontable d'un tiers étranger à la fourniture des prestations prévues au contrat.

Toutefois pour éviter tout risque de mise en cause, certaines agences se dégagent d'une partie de leur responsabilité dès l'émission de leurs conditions générales en se posant en simple intermédiaire.

Par exemple, « *SMILE PARTNER n'assume aucune mission de conseil ou de surveillance*

⁸⁶⁰ Code du Tourisme Art 211-16

« *Le législateur a instauré à la charge de l'agent de voyages une responsabilité objective et directe, se traduisant par une obligation de sécurité de résultat incombant à l'agent personnellement qui doit offrir au voyageur toutes les garanties pour voyager sain et sauf* » (C. GORY, note sous Civ. 1re, 13 déc. 2005, Gaz. Pal. 2007. 3236.

⁸⁶¹ Paris, 7e ch. A, 9 mai 2000, D. 2000. 840, note Y. Dagherne-Labbe, confi. Par Civ. 1re, 28 oct. 2003, nos 00-18.794 et no 00-20.065, Bull. civ. I, no 219, D. 2004. 233, note Ph. Del becque, JCP 2004. II. 10006, note G. Lardeux, RCA 2004, n° 40

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

dans la légalité des documents contractuels et autres contenus fournis tant par les utilisateurs que les Cliniques. En conséquence, il leur appartient d'effectuer toute démarche auprès de professionnels compétents afin de s'assurer que lesdits documents ou informations sont conformes aux prescriptions légales et réglementaires

DECHARGE DE RESPONSABILITE :

En raison de sa neutralité dans les contrats conclus entre les parties, les Utilisateurs dégagent expressément SMILE PARTNER de toute responsabilité en cas de litige entre Utilisateurs et Cliniques, et en leur qualité de Contractants pour toute réclamation, et tout dommage présent ou futur, présumé ou non, constaté ou non, résultant de manière directe ou indirecte de ces réclamations.

Plus généralement les Utilisateurs déchargent expressément SMILE PARTNER de toute responsabilité en cas de litige survenant entre eux, une Clinique, une Cie de Transport ou un Hôtel, et ayant pour objet ou pour origine :

- *le contenu du Plan de Traitement, ou d'une offre de transport ou d'hébergement*
- *la formation du contrat de prestation médicale, de transport ou d'hébergement*
- *l'exécution de l'Intervention ou du transport ou de l'Hébergement »⁸⁶².*

Le patient, en cas de litige doit donc affronter seul les méandres du droit local avec les difficultés que cela comporte.

Conclusion

Les centres de soins en France et à l'étranger apportent donc au patient des solutions dont les prix défient la concurrence des cabinets dits « de ville ».

Il peut s'agir d'un apport intéressant en termes d'accès aux soins.

Les structures plus importantes peuvent diminuer les coûts en mutualisant les charges et investissements à plus grande échelle.

Même si la France refuse une « médecine à deux vitesses » par principe, force est de constater que tous les ménages ne peuvent se permettre des frais dentaires importants en supplément des charges du quotidien.

Cette nouvelle offre présente l'avantage de « démocratiser » les soins implantaires par

⁸⁶² CGV Smille Patiner, [<http://www.smilepartner.fr/cgv/>], page consultée le 20 Sept. 2015.

Seconde partie : L'adaptation au nouveau cadre juridique

exemple.

Une fois encore, il est regrettable que l'information au patient ne soit pas complète.

Si pour le secteur de la mode il va de soi qu'un vêtement plus cher sera de qualité différente, pour la santé, et en particulier la prothèse dentaire, certaines structures occultent totalement ce point, faisant croire au caractère parfaitement substituable de l'offre.

Ce point ne peut être que regrettable.

*« Il me dit faut régler votre dette
Je venais d'être payé la veille
Ce salaud me fauche toute mon oseille
Et me refile cinquante balles net
Oh oh la la, maman... »*
Le blouse du dentiste, Boris Vian.

CONCLUSION GENERALE

Conclusion générale

Un constat : l'encadrement des honoraires progresse et la mise en concurrence entre les praticiens se précise.

La liberté tarifaire a été mise en place afin de compenser les actes opposables, qui, si ils sont correctement réalisés, génèrent plus de frais que de recettes.

Toutefois, l'Assurance maladie, incapable de diminuer le reste à charge des français sur tous les fronts, a occulté cette raison d'être.

Si les politiques de santé ne peuvent plafonner directement les actes disposant d'une certaine liberté tarifaire sans braquer la profession, elles se sont retranchées derrière les assureurs complémentaires via des réseaux de soins.

De plus, les mesures augmentant la transparence des prix d'achat des prothèses, l'affichage des tarifs des praticiens en ligne, sont supposés faciliter la comparaison et donc le choix d'un praticien.

L'objectif de l'encadrement et de l'information est l'amélioration de l'accès aux soins dentaires.

Ces mesures visent la diminution du reste à charge des patients.

Le présupposé est que le renoncement aux soins est uniquement lié à des paramètres financiers.

Or la situation en dentisterie est loin d'être aussi simple... Se soigner relève non seulement de la perception de son état bucco-dentaire mais également de sa plus ou moins grande appréhension vis à vis des soins trop souvent anxiogènes.

Les résultats : un accès amélioré pour une certaine frange de la population mais une transparence en demi-teinte.

Cette politique de santé a montré des effets positifs pour quelques groupes de patients. L'accès est facilité notamment pour les patients bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé et les adhérents à un organisme complémentaire disposant d'un réseau de soin.

Conclusion Générale

La transparence sur l'origine et le choix des matériaux est un apport indéniable des dernières évolutions législatives.

Elle permet de valoriser des prothèses réalisées en France avec des matériaux de qualité.

Toutefois, l'organisation des honoraires des soins dentaires et la transparence ont leurs effets pervers.

Un système... Des effets pervers

Victimes de leur faible rentabilité, les soins conservateurs et de prévention sont trop souvent négligés ou bâclés.

Le revenu des praticiens est directement indexé sur le chiffre d'affaire.

Les praticiens peuvent donc être tentés de favoriser les actes rentables, une orientation professionnelle, ou d'éloigner certains patients moins pourvoyeurs d'actes rentables.

La mise en place d'une nouvelle nomenclature avait laissé espérer une valorisation des actes en adéquation avec la dentisterie moderne et le « service médical rendu ».

Il n'en est rien.

Les actes qui pourraient permettre une moindre mutilation comme les *onlays*, les traitements des maladies parodontales, les couronnes provisoires sont toujours faiblement considérés par l'assurance maladie obligatoire.

Le patient, s'apercevant de l'absence de remboursement, fera rapidement la conclusion que ces actes ont une utilité relative, ou s'offusquera du prix des soins en question, sans être informé du transfert de charge des actes opposables sur ceux à honoraires libres.

De plus les mesures visant à une transparence tarifaire totale n'apportent pas réellement d'information au consommateur.

Le modèle de devis conventionnel semble tellement obscur que rares sont les patients qui s'aventurent à détailler le taux de charge de structure.

Une mesure n'apportant absolument rien, sinon une médiatisation des abus d'une minorité de praticien.

Conclusion Générale

La stigmatisation de la profession se poursuit, le « dentiste *bashing* » est alimenté par les politiques publiques, qui, loin de protéger le capital dentaire des français, jettent le discrédit sur une profession entière avec une vision purement comptable.

Les centres de santé et la concurrence européenne, même si elle reste minoritaire, obligent la profession à réagir.

Pour les centres, le statut d'association et leur gestion par un « non dentiste » les fait échapper au contrôle ordinal qui se limite à de simples mesures d'intimidation sur les praticiens salariés qui eux sont soumis au Conseil de l'ordre.

Pour les soins à l'étranger, les possibilités de communication sont immenses par la presse et internet.

Il s'agit de la bataille du pot de terre contre le pot de fer...

D'autant que le gouvernement soutient la politique des centres de soins.

Les instances ordinales tentent de réagir, sans toutefois libéraliser ni vraiment moderniser l'exercice.

Peut-être serait-il plus utile d'accepter que la profession évolue, devienne une entreprise comme une autre plutôt que d'appeler au boycott de ces nouvelles structures émanant d'une volonté politique.

Par ailleurs il faut bien admettre que le pouvoir de « nuisance électorale »⁸⁶³ des chirurgiens-dentistes est modéré contrairement à celui des médecins.

Effectivement le Chancelier Adenauer évoque en ces termes le pouvoir du corps médical: « *il est difficile de faire voter une loi contre 70 000 médecins qui voient 30 patients par jour* »⁸⁶⁴.

Selon Didier Tabuteau,

« *L'influence politique qui leur est attribuée repose sur le fait qu'il s'agit de professionnels, perçus comme des leaders d'opinion, et qui voient, dans le cadre d'une relation de confiance, des dizaines d'électeurs tous les jours. Au final, cette influence est peut-être*

⁸⁶³ F. PIERRU, « *Les conséquences électorales des conflits de la santé : mythe ou réalité ?* », Les Tribunes de la santé 2015/1 (n° 46), p. 65-76.

⁸⁶⁴ Ce dernier avait retiré une réforme de l'assurance-maladie dans les années 1960 en Allemagne.

Conclusion Générale

surestimée, mais, à mon avis, elle n'est pas complètement nulle »⁸⁶⁵.

Les professionnels de santé ont également des contacts avec une patientèle très hétéroclite, susceptible de véhiculer des messages de santé publique.

La profession dentaire fait partie de cette force de négociation mais dans une moindre portée.

Le peu de suivi des appels à la grève objective le manque de poids des dentistes dans les négociations.

Au sujet de l'appel à la grève de septembre 2014 dans le cadre de l'annonce de la réforme des professions réglementées, la majorité des praticiens contactés n'a pas suivi le mouvement, par manque d'intérêt et/ou d'information sur les modalités de la contestation.

Par exemple « *dans le département, nous sommes très peu de dentistes syndiqués. On doit être 14 ou 15 pour près de 140 praticiens inscrits au conseil de l'ordre des dentistes du Cher* » selon Michel Leguille, président du CNSD du Cher⁸⁶⁶.

Cependant l'union des praticiens semble s'intensifier.

Le mécontentement actuel des dentistes s'exprime en partie dans l'augmentation du nombre de syndiqués.

La vraie question est au final de définir qui doit payer les soins dentaires.

Les patients ne sont pas habitués à prendre en charge les soins mais devront toutefois accepter une certaine privatisation de la santé.

⁸⁶⁵ D. TABUTEAU « *Pouvoirs publics et professions de santé* », Les Tribunes de la santé 1/2010 (n° 26), p. 103-121.

Les travaux de nombreux auteurs ont documenté l'engagement précoce et massif des médecins dans la vie publique, au niveau local comme au niveau national.

Lire à ce sujet : J. LEONARD, « *La médecine entre les savoirs et les pouvoirs* », Aubier, Paris, 1981.

P. GUILLAUME, « *Le rôle social du médecin depuis deux siècles* », Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité sociale, Paris, 1996.

⁸⁶⁶ Le Berry.fr, « *Grève des dentistes : le Cher très peu touché* », 31 Mars 2015.

http://www.leberry.fr/cher/actualite/pays/bourges-et-environ/2014/02/03/greve-des-dentistes-le-cher-tres-peu-touche_1858764.html, 31 mars 2015

Le terme de grève est bien sûr impropre pour les cabinets libéraux.

Conclusion Générale

Le reste à charge médical risque en effet d'augmenter d'une façon générale.

L'assurance maladie est essoufflée. Ramener le prix des soins actuels à leur coût de production imposerait un écart démesuré tant le différentiel est important.

Par ailleurs, il n'est même pas certain que les honoraires des soins prothétiques baisseraient, certains praticiens y verraient sans doute une opportunité d'augmenter leur revenu...

Il faudrait contraindre ces derniers à répercuter la baisse sur les honoraires prothétiques, contraignant la sacro sainte liberté tarifaire... Nul doute qu'une frange de la profession opposerait des résistances.

Ne faudrait-il pas responsabiliser tous les acteurs du « circuit » des honoraires ?

Les patients gagneraient à bénéficier de systèmes récompensant la compliance. Une valorisation de la prévention est la clé pour diminuer à terme les dépenses de santé.

La qualité, grande absente des débats publics, mériterait d'être remise au centre des discussions.

Rassurer le patient sur ce point, par exemple avec des certifications sur la base du volontariat des praticiens, doit être une priorité⁸⁶⁷.

La profession se doit de répondre aux questions, d'informer sur l'impossibilité de soigner selon les données acquises de la science avec la nomenclature actuelle, sur le coût des soins opposables pour un cabinet dentaire.

Mais la profession doit aussi se rendre compte de sa position de privilégiée.

Le praticien libéral a la possibilité de concrétiser un slogan politique...Le « travailler plus pour gagner plus ».

Combien un dentiste, titulaire d'un diplôme nécessitant 6 à 8 ans d'étude supérieures, ayant la responsabilité à la fois médicale et administrative de son cabinet, de ses patients et salariés, doit-il gagner ?

⁸⁶⁷ Le label AQE (accès qualité efficience) a été récemment envisagé pour les cabinets libéraux dans le Nord pas de Calais.

Tombé en désuétude suite au changement de directeur de l'ARS et aux protestations de la profession, il a toutefois interrogé sur la nécessité de reconnaître la qualité.

Conclusion Générale

Le corps médical a des responsabilités en termes de santé qui pourraient sûrement justifier une rémunération supérieure à une profession liée à la finance...mais doit-il atteindre les niveaux de revenu d'un chirurgien cardiaque ? Est-il normal que ses revenus soient supérieurs à un médecin généraliste ayant des contraintes en termes de garde bien supérieures conformément au tableau suivant ⁸⁶⁸ ?

Le tableau suivant montre une comparaison avec les autres professions de santé⁸⁶⁹.

	Ensemble des médecins		Médecins exerçant			
	Revenu (euros)	Effectif ¹	exclusivement en libéral	Médecins exerçant en mixte (libéral + salarié)	Revenu (euros)	Part du salaire ² (%)
Radiologue	167 324	4 263	176 393	155 495	48	43
Chirurgien	152 919	4 209	160 778	143 867	48	46
Anesthésiste	147 054	2 579	150 378	130 852	43	17
Ophthalmologue	124 359	4 135	122 926	127 662	22	30
Stomatologue	122 279	951	123 611	119 714	27	34
Cardiologue	121 309	3 699	123 297	119 478	34	52
Autres médecines ³	109 862	3 994	111 054	108 644	41	49
Gastro-entérologue	101 180	1 867	99 192	103 090	32	51
Oto-rhino-laryngologue	95 552	2 070	91 946	98 448	32	55
Gynécologue	94 639	4 825	90 100	101 431	39	40
Pneumologue	90 371	1 033	86 966	92 828	37	58
Pédiatre	79 110	2 496	72 000	86 901	30	48
Psychiatre	79 102	5 788	76 222	82 193	40	48
Rhumatologue	78 393	1 708	76 624	81 127	30	39
Dermatologue	72 424	2 962	70 676	77 504	25	26
Ensemble des spécialistes	111 523	46 579	112 476	110 229	37	42
Omnipraticiens	70 770	56 498	69 447	76 368	24	19
Ensemble des médecins	89 185	103 077	85 358	98 266	33	30

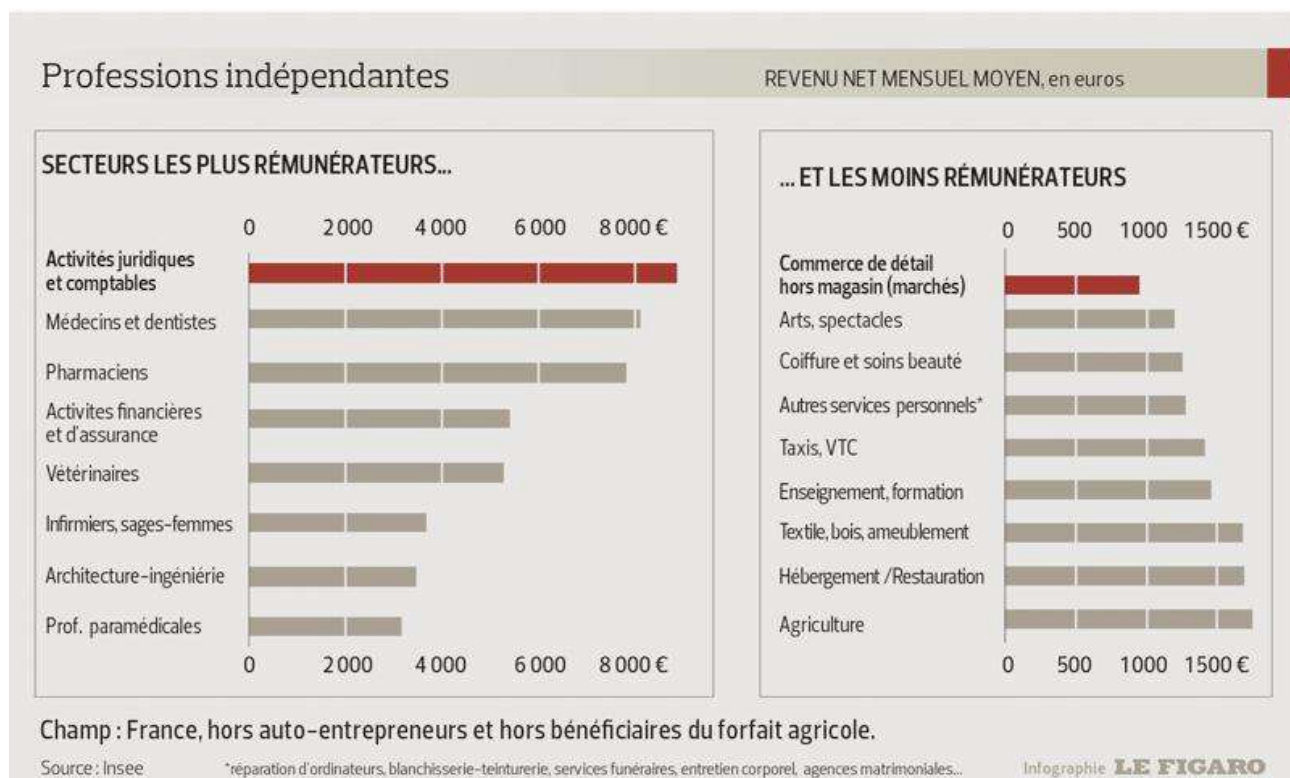
Les professions libérales hors médecin ont gagné en moyenne 74.800 euros en 2007, selon l'Insee.

⁸⁶⁸ INSEE, K. ATTAL-TOUBERT, H. FRECHOU, F. GUILLAUMAT-TAILLIET, « Le revenu global d'activité des médecins ayant une activité libérale », 2012, p. 63.

⁸⁶⁹ Le Figaro.fr, O. AUGUSTE, « Professions libérales : plus de 6000 euros de revenu mensuel », [<http://www.lefigaro.fr/conjoncture/2010/02/18/04016-20100218ARTFIG00463-professions-liberales-plus-de-6000-euros-de-revenu-mensuel.php>]

Notons que ces chiffres ne sont toujours pas pondérés par le temps de travail...

Conclusion Générale



Il nous semble que la profession mériterait à s'interroger sur le niveau de rémunération juste... ce qui éviterait une course effrénée vers la rentabilité maximale.

Une lueur d'espoir, la réponse de la profession se veut positive.

L'initiative « porte ouverte » dans les cabinets dentaire lancée par le Conseil de l'ordre le dimanche 12 avril 2015 laisse entrevoir cette envie de changer l'image de la dentisterie qui mérite plus que de vulgaires critiques mercantiles.

Il est à espérer que les dentistes poursuivent cette volonté d'ouverture, conscients des avantages d'une profession stimulante et bien rémunérée, sans toutefois accepter tous les compromis d'une dentisterie au rabais.

Synthèse des principales recommandations

Synthèse des Principales Recommandations

Le devis

1/ Rappeler aux praticiens qu'il est utile de :

- Mentionner l'éventuelle survenue d'aléa en cours de soin justifiant de moduler le devis.
- Indiquer si le plan de traitement nécessite l'intervention de correspondants et donc la nécessité de prévoir des frais supplémentaires au devis présenté par le praticien.
- Mentionner les « obligations » en termes de visites de contrôle, d'entretien et de prophylaxie pour le patient.
- Prévoir une indemnisation pour les rendez-vous manqués chiffrée, même si son application est sporadique.

2/ Modifier l'avis relatif à l'avenant n°2 à la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie signé le 16 avril 2012 :

- supprimer l'obligation de devis type incluant la présentation du taux de charges et prix de vente.

3/ Modifier l'article 4127-240 du Code de la santé publique:

- Modifier le terme d' « acompte » pour celui d' « avance de frais »
- Compléter « *Lorsque le chirurgien-dentiste est conduit à proposer un traitement d'un coût élevé, il établit au préalable un devis écrit qu'il remet à son patient* ».

par :

« Cette disposition s'applique même en cas de dispositif assurant la couverture de l'ensemble des frais prothétiques ou d'orthopédie dento faciale non pris en charge par le régime de l'assurance maladie obligatoire »

L'exercice de la profession et les relations entre confrères

1/ Mettre en place un statut d'hygiéniste et valoriser la place de l'assistante dentaire.

2/ Modifier l'article 4127-261 du Code de la santé publique :

« Il est interdit de calomnier un confrère, de médire, de lui ou de se faire l'écho de propos

Synthèse des principales recommandations

capables de lui nuire dans l'exercice de sa profession » en précisant que cette interdiction est applicable « au sujet de ses qualités personnelles et relationnelles ».

3/ Modifier les formulations des contrats types de remplacement et de collaboration usant de l'expression « *en bon père de famille* ».

La prise en charge des soins et La CMU

1/ Remettre les niveaux de remboursement en adéquation avec le service médical rendu et les avancées scientifiques, notamment pour les remboursements *d'inlay core*, de couronne et *d'onlays/ inlays*.

2/ Rembourser la prévention des maladies parodontales et les couronnes transitoires pour le service médical rendu. Le service médical rendu devrait être évalué comme pour le remboursement des médicaments, en fonction du niveau de preuve.

3/ Améliorer la prise en charge des soins pédodontiques afin d'améliorer le suivi des enfants et de diminuer les coûts ultérieurs pour l'Assurance maladie.

4/ Augmenter la coordination pour les praticiens libéraux afin d'améliorer la prise en charge entre les chirurgiens-dentistes et les ORL, endocrinologues, dermatologues... Intégrer les praticiens dans le parcours de soins vis à vis des principales spécialités en lien avec l'odontologie.

5/ Rappeler aux praticiens la nécessité de faire un devis, même lorsque les soins sont intégralement pris en charge par le dispositif de la CMU.

La formation initiale et continue

1/ Intégrer dans la formation initiale des méthodes de gestion d'une entreprise.

2/ Autoriser et encourager le compagnonnage, en modulant par exemple les règles de partages d'honoraires afin de faciliter et de sécuriser la mise en place de nouvelles

Synthèse des principales recommandations

techniques.

Modifier à cet effet les articles R 4127-43 et R 4127- 21 Al. 3 du Code de la santé publique afin de permettre un partage d'honoraire en cas d'objectif de formation professionnelle.

3/ Poursuivre les efforts de spécialisation de la profession en créant une voie de praticien spécialiste en pédodontie à l'issue de l'internat ou d'une validation des acquis.

L'information au patient

- Clarifier le statut du rôle des réseaux des assureurs complémentaires afin de délimiter le contenu et la forme du conseil à leurs assurés, notamment dans l'analyse des devis donnés.

- Renforcer l'information au sujet de la qualité et du coût réel des actes opposables.
L'effort doit être fait par la profession.

- Autoriser et mettre en place un dispositif de certification extérieur fondé sur la qualité des soins.

Table des Illustrations

Table des Illustrations

Liste des Figures

Figure 1 : Part de la population couverte par une assurance maladie complémentaire	218
Figure 2 : Evolution de la part des OCAM dans le financement de différents types de dépenses.....	229
Figure 3 : Impôts sur les sociétés et sur le revenu dans le cas des SEL.....	248
Figure 4 : Entrée en vigueur du contrat responsable.....	333
Figure 5 : Organigramme des centres dentaires Dentexia.....	400

Liste des Graphiques

Graphique 1: Critères de choix d'un dentiste	70
Graphique 2: Taux de renoncement aux soins en fonction de la couverture par CMU.....	208
Graphique 3: Taux moyen de remboursement d'une prothèse dentaire.....	219
Graphique 4: Opinion des salariés sur leur complémentaire santé.....	228
Graphique 5: Evolution du nombre de chirurgiens dentistes et de la part de salariés entre 2001 et 2011.....	244
Graphique 6: Comparaison des revenus des médecins libéraux à ceux d'autres professions libérales.....	266
Graphique 7: Questionnaire de l'observatoire national des métiers dans les professions libérales, Juillet 2012.....	399
Graphique 8: Répartition des factures par type de soins.....	409

Liste des Tableaux

Tableau 1: Structure de la dépense totale en soins dentaires, 2006	29
Tableau 2: Evolution du nombre et de la densité des chirurgiens dentistes entre 1990 et 2006.....	30
Tableau 3: Nombre d'actes remboursés par an et par habitant.....	31
Tableau 4: Montant moyen des revenus nets en milliers d'euros courants.....	34
Tableau 5 : Taux de charge moyen des professionnels de santé en pourcentage des honoraires nets de débours et rétrocessions (recettes nettes).....	39
Tableau 6 : Composantes du taux de charges par spécialités en 2007.....	39
Tableau 7 : Le classement des métiers préférés des Français (Ifop, 14 janvier 2011)	64
Tableau 8: Impact du passage de la NGAP à la CCAM.....	81
Tableau 9: Ratios des honoraires prothétiques et du coût moyen des prothèses	95
Tableau 10 : Valorisation des soins prothétiques.....	96
Tableau 11: Estimation du marché des dispositifs médicaux, France 2006, prix publics (en M€)	103
Tableau 12: Tarifs et remboursement des prothèses dentaires, quelques exemples, Source CNAMTS, HCAAM	104
Tableau 13: Informations relatives aux tarifs GMH 03H02, Avulsion de dents de sagesse enclavées ou incluses.....	111

Table des Illustrations

Tableau 14: Proposition des médecins pour éviter les rendez-vous manqués.....	211
Tableau 15 : Nombre d'organismes complémentaires et parts de marché en 2010.	216
Tableau 16 : Taux de survie de la couronne unitaire selon le type de matériau utilisé	222
Tableau 17 : Taux de survie des prothèses implanto-portées.....	223
Tableau 18: Répartition des motifs justifiant la dépose de la couronne,.....	224
Tableau 19: Population concernée par l'ANI.....	232
Tableau 20: Récapitulatif des compétences de l'entrepreneur.....	239
Tableau 21: Comparatif d'un exercice seul et en groupe	250
Tableau 22: Comparaison des différents cadres juridiques (C. Navarro, 2002).....	251
Tableau 23: Nombre de salariés au sein des cabinets dentaires en 2012.....	257
Tableau 24: Taux de charges moyen des professionnels de santé en pourcentage des honoraires nets de débours et rétrocessions (recettes nettes).....	259
Tableau 25: Revenu libéral moyen des professions de santé. (Source : Drees).....	265
Tableau 26: Financement publics en 2013 au sein de la consommation de soins et de besoins médicaux et de la dépense courante de santé.....	315
Tableau 27: Besoins non satisfaits de soins dentaires en 2012 par quintile de revenu.	360
Tableau 28: Exemple de tarifs dentaires pratiqués par les centres de santé	395
Tableau 29: Répartition géographique des centres dentaires low cost en France en 2013 suivants 6 paramètres.....	397
Tableau 30: Soins dentaires en UE / UEE / Suisse	409

Liste des Illustrations

Illustration 1: Illustration du CMP	385
Illustration 2: Dessin de Diego Aranega	402
Illustration 3: Signalisation du centre dentaire Dentexia de Vaulx en Velin.....	406

Glossaire

Glossaire

Acide hyaluronique

Glycoaminoglycanes non sulfatés naturellement synthétisés au niveau de l'épiderme par les kératinocytes et au niveau du derme par les fibroblastes.

Depuis 1996, cette molécule a été développée dans le domaine du comblement esthétique.

(Fiches d'information Société Française de Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique)

Apex

Extrémité de la racine dentaire.

Blanchiment

Voir Eclaircissement.

Bridge

Prothèse dentaire fixée, visant au remplacement de dents absentes par agrégation à certaines dents restantes.

(E. Batarec, « Lexique des termes de prothèse dentaire », Paris: Julien Prélat, 1972).

Bruxisme

Grincement ou le serrement intempestif des dents, c'est à dire celui qui s'observe en dehors des périodes de mastication ou de déglutition, durant lesquelles les dents se touchent naturellement.

Céroplastie (= wax up)

Procédé qui consiste, sur un modèle de travail, à modifier ou à reconstruire la morphologie des dents présentes ou à remplacer.

Il permet de prévisualiser le travail à réaliser et de modéliser la faisabilité de la solution prothétique choisie.

Collaborateur

Le contrat de collaboration est destiné à permettre à des chirurgiens-dentistes « juniors » d'exercer leur profession au sein d'un cabinet sans que le technicien senior n'interrompe son activité, les deux praticiens exerçant au sein du même cabinet. Le collaborateur bénéficie de l'infrastructure matérielle du cabinet, il reverse un pourcentage des honoraires perçus. L'usage est de répartir les honoraires à hauteur de 60 ou 70 % pour le junior et 40 à 30 % pour le senior, les frais de prothèse étant à la charge du junior et les frais de fonctionnement à la charge du senior.

[<http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/>]

CFAO

Conception et Fabrication Assistées par Ordinateur ou en anglais *CAD/CAM (Computer Aided Design/ Computer Aided Manufacturing)*

Désigne la modélisation d'une pièce après numérisation puis sa fabrication grâce à un usinage automatisé

(HAS, Reconstitution d'une dent par matériaux incrusté /*Inlay Onlay*, Rapport

Glossaire

d'évaluation technologique, Juill. 2009)

Eclaircissement.

Traitements chimiques faisant appel aux principes d'une réaction chimique d'oxydo-réduction entre les pigments colorants (l'agent réducteur) et la molécule décolorante (l'agent oxydant).

Endodontie

Partie de l'art dentaire traitant des maladies de la pulpe et des cavités dentaires. Le traitement endodontique ou traitement de racine a pour objectif de traiter les maladies de la pulpe et du périapex et ainsi de transformer une dent pathologique en une entité saine, asymptomatique et fonctionnelle sur l'arcade.
(HAS, Traitement endodontique, Rapport d'évaluation technologique, Sept. 2008)

Implant

L'implant dentaire correspond à une racine artificielle en titane destinée à être enfouie dans l'os maxillaire ou mandibulaire qui supportera secondairement un élément prothétique.
(ADF Association, <http://www.adf.asso.fr/fr/presse/fiches-pratiques/implants-dentaires> page consultée le 6 Août 2015)

Inlay Core ou Faux moignon

Le faux moignon s'ajuste dans une racine dentaire préparée. Il participe à la rétention et à la résistance de la couronne.
(ADF Association, <http://www.adf.asso.fr/fr/presse/fiches-pratiques/implants-dentaires> page consultée le 6 Août 2015)

Inlay/ Onlay

« Les inlays-onlays sont des pièces prothétiques assemblées par collage ou scellement, destinées à restaurer une perte de substance dentaire. Ils sont principalement indiqués dans les restaurations des dents postérieures ayant des cavités de moyenne à grande étendue ».
(HAS, reconstitution d'une dent par matériaux incrusté /Inlay Onlay, Rapport d'évaluation technologique, Juill. 2009)

Obturations dentaires

« Techniques permettant, grâce à divers matériaux, d'obturer les lésions dues à la carie (les restaurations) ou de redonner à la dent forme et fonction en cas de délabrement plus importants (les reconstitutions). Toutes ces techniques se conçoivent en deux temps : l'éviction carieuse (le nettoyage) et la réparation (obturation) ».
(ADF Association, <http://www.adf.asso.fr/fr/presse/fiches-pratiques/implants-dentaires> page consultée le 6 Août 2015)

Ces obturations sont classées dans la catégorie des soins conservateurs.

Occlusion

Etablissement d'un contact entre les dents d'arcades antagonistes. Ceci indépendamment du nombre de dents en contact.

Glossaire

(O. Hue, Manuel d'occlusodontie, Paris: Masson, 1992, -189p.)

Orthodontie

Partie de l'art dentaire qui s'occupe de la prophylaxie et du traitement des difformités congénitales ou acquises des dents.

Parodontie

Partie de l'art dentaire qui s'occupe du parodonte, c'est à dire des tissus de soutien de la dent : gencive, os, cément, ligament alvéolaire.

Les maladies parodontales concernent tous ces tissus de soutien.

(ADF Association, <http://www.adf.asso.fr/fr/presse/fiches-pratiques/implants-dentaires> page consultée le 6 Août 2015)

Prothésiste

Les prothésistes dentaires ne sont pas des professionnels de santé mais des artisans et relèvent du ministre en charge de l'artisanat.

L'activité consiste « *dans le fait d'analyser les cas prothétiques, de concevoir, élaborer, réparer, fabriquer et enfin mettre sur le marché des dispositifs médicaux sur mesure* ».

(Convention collective nationale des prothésistes dentaires du 18 décembre 1978)

Orthopantomogramme

Radiographie panoramique dentaire montrant l'ensemble des arcades supérieure et inférieure.

Pédodontie

Odontologie de l'enfant.

Rebasage

Renouvellement total de la base de sa meilleure adaptation à tous les tissus qui entrent en contact avec elle, sans changer la relation occlusale.

Soins conservateurs

Voir Obturations.

Tarif de responsabilité

« Le tarif de responsabilité est le montant qui sert de base au calcul du remboursement de la Sécurité sociale. Il est souvent négocié (on parle alors de tarif de convention) mais il peut être aussi fixé unilatéralement par la Sécurité sociale. Le taux du ticket modérateur s'applique sur ce tarif ».

(www.ameli.fr)

Ticket modérateur

« Pourcentage d'un tarif ou d'un prix laissé à la charge de la personne protégée. Actuellement pour les séances de médecin, le ticket modérateur de l'Assurance maladie est de 30 % du tarif conventionnel ».

(www.ameli.fr)

Tiers payant

Glossaire

Système évitant à l'assuré de faire l'avance des frais et lui permettant de déboursier uniquement le ticket modérateur.
(www.ameli.fr)

Traitement de racine

Voir Endodontie.

Wax Up

Voir Céroplastie.

Bibliographie

Bibliographie

I. Traités et Manuels

Lexique des termes juridiques, 21^{ième} Edition, Dalloz, 2014.

J-M. AUBY, J-B AUBY, J-P DIDIER, A. TAILLEFAIT, « Droit de la fonction publique », 7^{ième} édition, coll. Précis. DALLOZ, Oct. 2012.

J-M AUBY (dir.), « Droit médical et hospitalier », Litec, Paris, 1993.

J. BONNARD, « Droit des assurances », 3^{ième} édition, Litec, 2009.

J. CALAIS-AULOY, F. STEINMETZ, « Droit de la consommation », Dalloz, coll. Précis Droit privé, 9^e édition, 2015, 730p.

V. F. COLLART-DUTILLEUL et Ph. DELEBECQUE, « Contrats civils et commerciaux », Dalloz, Précis, 10^e éd. 2015.

G. CORNU, « Vocabulaire juridique », Ed.PUF, 2014, 1360p.

M. DEBÈNE, A. LECA, J.-P. PASTOREL (dir.), « Le droit médical de la Polynésie française », LEH, 2013, 376p.

G. DECOQC, C. GRIMALDI, H. LECUYER, J.MOREL-MAROGER, Dir. J. HUET, « Les principaux contrats spéciaux, Traité de Droit civil », LGDJ, 3e éd., 2012, p. 1684.

J.-J. DUPEYROUX, M. BORGETTO, R. LAFORE, « Droit de la sécurité sociale », Dalloz, 17^e éd, 2011.

M. HARICHAUX, « Droit médical et hospitalier », Litec, fasc. 18-2, n° 22 ;

Bibliographie

Ph. MALAURIE, L. AYNÈS et P.-Y. GAUTIER, « Les contrats spéciaux », Ed. LGDJ, 7^e éd., 2014, 712p.

Ph. MALINVAUD, « Droit des obligations », Litec, 13^e éd., 2014, n^oS 229 et s.

G. MEMETEAU, « Traité de la responsabilité médicale », Les études hospitalières, 1996.

J. STOUFFLET, « Instruments de paiement et de crédit », 8^{ième} édition, LexisNexis, 2012, n^o 186

II. Ouvrages, Monographie et Thèses

A. AMZALAG, « Codes de la relation dentiste-patient », Ed Elsevier Masson 2007,125p.

S. ASSILI « Une dentisterie à bas prix : le tourisme dentaire et la tendance low-cost », Université Lorraine, UFR d'Odontologie de Nancy, 2014.

JN. BAIL, « Santé et mondialisation: quels impacts pour la France ? », Montrouge: J. Libbey Eurotext, 2008, 127 p.

S. BALLEY, « L'installation du vétérinaire praticien en clientèle libérale : aspects juridiques, sociaux et financiers », Université Claude Bernard, Lyon I, Ecole nationale vétérinaire de Lyon, 2009.

M. BARIETY, C. COURY, « Histoire de la médecine », Paris : Fayard., Les grandes études historiques, 1963, 1217 p.

J.-P. BERTREL, «La transformation de la SCP en SEL» : Dr. et patr. 2013, p. 223.

E. BOURBONNAIS « Le symbolisme de la dent au travers de quelques mythes dans leur expression orale, littéraire et picturale. », Université Lorraine, UFR d'Odontologie de Nancy, 2000.

Bibliographie

P-L. BRAS, D. TABUTEAU, « L'assurance-maladie obligatoire », in Les assurances maladie, Paris, Presses Universitaires de France, «Que sais-je ?», 2012, 128 pages.

C. CHANAUD, « Le tiers payant dentaire favorise-t-il l'accès au soin ? » Master II Protection Sociale Complémentaire, Paris 1, 2007.

M. CONTIS, « Le Code de déontologie remanié », Dictionnaire permanent Bioéthique et biotechnologies, juin 2012, n° 227.

D. DE BLIC, J. LAZARUS, Sociologie de l'argent, Coll. Repères, Ed. La découverte, 2007, 121p.

L. DUBOUIS, « Les États membres de l'Union européenne ont-ils conservé la maîtrise de leur système de soins? L'État souverain dans le monde d'aujourd'hui, Mélanges en l'honneur de J.-P. Puissochet », Ed. Pedone, 2008, p. 77.

M. DELBOS, « Matériel à usage unique et actes opposables », Université Henri Poincaré, UFR d'Odontologie, Nancy, 2004, 121 p.

A. FARIC, « Etude des facteurs facilitateurs et freinateurs influençant la relation médecin- malade lors de l'évocation par le patient d'informations de sante prises sur Internet : étude qualitative réalisée en Charente auprès de 13 médecins généralistes », Université de Poitiers, faculté de médecine, 2013, 92 p.

B. FAY, S. REYNAUD, « No low cost », Éditions du Moment, Paris, 2009, 221p.

M-G FAYN, « La société du soin, les nouvelles attentes du consommateur », Ed Frison-Roche, 2005, 260p.

C. FLOQUET, « Code pratique des honoraires médicaux : ouvrage indispensable aux médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, étudiants, etc. : au courant de la doctrine et de la jurisprudence », Paris, Masson, Marchal et Billard, 1898, 2 vol. (435, 746p.).

Bibliographie

G. FOUICHE, « Soins dentaires à l'étranger : impacts sur la relation chirurgien-dentiste / patient », Mémoire de master 2 Recherche en éthique, Université Paris Descartes ; 2012. 102 p.

N. FRASELLE, « Du patient au consommateur. La construction d'un combat social », Ed. Bruylant, 1996, 226p.

J. FREUND, Introduction à G. Simmel, « Sociologie et épistémologie », PUF, 1981, 239p.

C. GAIDIOZ, S. RUHLMANN, « Pourquoi la spécialité Médecine Générale est-elle mal classée aux choix des épreuves classantes nationales ? Etude des représentations des étudiants lyonnais du PCEM 1 au DCEM 4 », Université Claude Bernard LYON, UFR de Médecine, 2006.

J. GODBOUT, « Le don, la dette et l'identité : homo donator versus homo oeconomicus », Paris, Éd. la Découverte, 2000, p. 46.

J. GUEGUEN « Couverture Maladie Universelle complémentaire : enjeux éthiques du non recours et des refus de soins », Mémoire dans le cadre du Master 2 en éthique Médicale, Université Paris Descartes, 2009.

P. GUILLAUME, « Le rôle social du médecin depuis deux siècles », Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité sociale, Paris, 1996.

A. O. HIRSCHMAN, « Exit, Voice and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations, and States, Cambridges », Mass. : Harvard University Press.

Traduction française, « Face au déclin des entreprises et des institutions », Ed. Les éditions ouvrières, 1972, 141p ; « Défection et prise de parole », Ed. Université de Bruxelles, 2011, 158p.

S. HOCQUET-BERG, B. PY, « La responsabilité du médecin », Ed. HDF, Coll. Droit professionnel, 2006.

Bibliographie

- D. JACOTOT, « Prévenir et gérer le conflit au cabinet dentaire », Ed. Texto, 2005, 177p.
- P. KEMP (dir.), « Le Discours bioéthique », Ed. Cerf, 2004, p. 35-49.
- A. LECA, « Droit de l'exercice médical en clientèle privée », 3^{ième} édition, Ed. Les études hospitalières.
- J. LEONARD, « La médecine entre les savoirs et les pouvoirs », Aubier, Paris, 1981.
- M. L'HERITIER, « Les litiges opposant les caisses primaires aux praticiens libéraux », Les études hospitalières, 2000, p. 201.
- F-X. LUCAS, « Les professionnels non commerçants », « Le droit des affaires », Paris, Presses Universitaires de France, Coll. «Que sais-je ?», 2005, 128 p.
- R. MANNING, « Credit Card Nation. The Consequences of America's Addiction to Credit », Basic Books, New York, 2000, p. 16.
- F. MAURY, « L'exercice sous la forme d'une société d'une profession libérale réglementée », Presses Universitaires d'AIX-MARSEILLE, 2000.
- F. MOULLE, S. DUHAMEL, « Frontières et santé: genèses et maillages des réseaux transfrontaliers », Ed. L'Harmattan, 2010, 286 p.
- J.M. MOUSSERON, M. GUIBAL et D. MAINGUY, « L'avant-contrat », Éd. F. Lefebvre, 2001, p. 206.
- C. NAVARRO, « Le vétérinaire praticien chef d'entreprise : quel statut juridique, fiscal et social pour structurer son exercice », Thèse de Doctorat Vétérinaire, Maisons-Alfort, 2002, 196 p.
- R. NOSSITCHOUK, « Communiquer en odonto-stomatologie : Obligations et stratégies », Ed. Cahiers de prothèses, Coll. JPIO, 2003.

Bibliographie

B. PIGE, « Management et contrôle de gestion », Nathan, 2008.

P-M. PRADEL, « Le médecin libéral face au service public de Sécurité Sociale », Université d'Angers. UFR de droit, d'économie et de gestion, 2010.

B. PY, « Le secret professionnel », Ed. l'Harmattan, coll. La justice au Quotidien », 2005, 138p.

I. REISS-SCHIMMEL, « La psychanalyse et l'argent », Ed. Odile Jacob, 1993, 282p.

S. RETIF, « Professions libérales et procédures collectives », Thèse dactyl. Toulouse, 2003, n° 793.

X. RIAUD, « La pratique dentaire dans les camps du 3^{ième} Reich », Ed. L'Harmattan, Coll. Allemagne d'hier et d'aujourd'hui, Paris 2002.

M. RODWIN, « Conflicts of Interest and the Future of Medicine : the United States, France, and Japan », Oxford University Press, 2011. p. 40.

G. ROUSSET, « L'influence du droit de la consommation sur le droit de la santé », Université Jean Moulin Lyon III, 2007.

M. SABEK, « Les responsabilités du chirurgien-dentiste », Ed. Les études hospitalières, 2012, p 372.

M. SANTI, V. NGUYEN, « Le business model du low cost : comprendre, appliquer et contrecarrer », Paris : Eyrolles ; 2012. 360 p.

P. SARGOS, « Le centenaire jurisprudentiel de la chirurgie esthétique : permanences de fond, dissonances factuelles et prospective », Dalloz 2012 2903p.

Bibliographie

M. SEJEAN, « Le hasard et la nécessité de modérer judiciairement les rémunérations convenues », Recueil Dalloz 2012 589p.

G. SIMMEL, « Philosophie de l'argent », Presse Universitaire de France, trad. S. Cornille et P. Ivernel, 2ème éd. (2009), paru sous le titre original Philosophie des Geldes; Leipzig, 1900. p 281-282.

A. SMITH, « Recherches sur la nature et les causes de la richesse des nations », Ed. Garnier-Flammarion, Paris, 531p.

M. TOULLIER, P. BONAVENTURE, A. DURANTON, « Le droit civil français, suivant l'ordre du Code, ouvrage dans lequel on a taché de réunir la théorie à la pratique », Volumes 9 à 11 (Livre numérique Google), Société typographique belge, 1838.

B. VALAT, « Histoire de la sécurité sociale », Ed. Economica, 2001.

J.P. VASSAL, « Code de déontologie des chirurgiens-dentistes commenté ». SNPMD, Paris, 2003.

Y. ZRIG, « Les compétences de l'entrepreneur : définition, démarches d'évaluation et facteurs de développement », Université Nancy 2, Institut supérieur d'administration et de management, 1^{ier} Juin 2011.

H. ZUELGARAY, « La cession des clientèles libérales », Thèse Nice 1998.

Ouvrages scientifiques

T. BARDINET, « Dents et mâchoires dans les représentations religieuses et la pratique médicale de l'ancienne Egypte », Rome, Ed. Pontificio Istituto Biblico, 1990, 292 p.

A. BURGUIERE (Dir.) « Une France bourgeoise », Histoire de la France, vol 4, Les formes de la culture, Seuil, Paris, 1999, p. 221-300.

Bibliographie

S. FREUD, (1913) « Le début du traitement », La technique psychanalytique, Paris, PUF, 1967, p. 92.

A. GIBEAUT, « La symbolique de l'argent », Les cahiers du centre de psychanalyse et de psychothérapie, 1986.

O. HUE, M-V BERTERETCHE, « Prothèse amovible complète », Quintessence Internationale, 2003, 296p

K. MARX, « Le Capital », Ed. PUF, 2009, 1024p.

J. MOSSUZ-LAVAU, « L'Argent et nous », éditions de la Martinière, 2007, 370p.

J. MOSSUZ-LAVAU, « La vie sexuelle en France », Paris, Éditions Seuil, 2005, 430p.

H. SCHNEIDER, « La prothèse dentaire dans l'Antiquité », Université René Descartes, Paris V, Faculté de chirurgie dentaire, 1998, 58p.

E. STOUFFER, E.A. SUCHMAN, L.DE VINNEY, S. STAR ET R.M. WILLIAMS (1949), « The American Soldier: Combat and Its Aftermath ». Vol. II. Princeton University Press, Studies in Social Psychology in World War II, 1949, p. 675.

Autres Ouvrages

S. KAHEN, « Le Livre de Job » (traduit de l'hébreu), Ed. Slatkine, Coll. Fleuron, 1995, 222p.

J. JACOBS, «Peur sur la ville, le dentiste », Ed. Hachette, Coll. La Bibliothèque Verte, 1999, 123 p.

PLINE L'ANCIEN, « Histoire de la nature » Morceau choisis et traduis du latin par D. SONNIER, Ed. : Jérôme Million, 1994, p. 102.

Bibliographie

B. STOKER, « Dracula », Ed. J'ai lu, 1993, 505 p.

V. TRIERWEILER, Extrait du livre Merci pour le moment, Ed. Les Arènes, 2014, p 229.

G. VALLANCIEN « La santé n'est pas un droit : Manifeste pour une autre médecine », Ed. François Bourin Editeur, Coll. Document, 2007, 199p

VIRGILE, « Énéide », Ed Le Livre de Poche, 2004, p57

III. Articles

S. ALLIN, M. GRIGNON, J. LE GRAND, « *Subjective Unmet Need and Utilization of Health Care Services in Canada: What are the Equity Implications?* », Social Science and Medicine, 70, p. 465-472

P. ARHEL, « *Droit de la concurrence, Application du droit de la concurrence dans le secteur de la santé publique* », Petites affiches, 12 juin 2009 n° 117, p. 7.

JK. ARROW, « *Uncertainty and the welfare economics of the medical care* », American economic review, 53 (5) 1963.

D. AZOULAY pour l'ARS d'Ile-de-France, « *Accompagnement des centres de santé dans l'amélioration de leur organisation et de leur viabilité économique* » ; Cabinet Référis, Déc. 2012.

M. BADEL, « *La convention médicale de 2011 : la montagne a-t-elle accouché d'une souris?* », RDSS, 2012, p.520.

K. BAICKER et A. FINKELSTEIN et Al., « *The Oregon Health Insurance Experiment: Evidence from the First Year,* » The Quarterly Journal of Economics, Oxford University Press, vol. 127(3), p. 1057-1106

Bibliographie

T. BARDINET « *La prothèse dentaire au temps des pharaons mythe ou réalité ?* », Inf. Dent.-29 : 2553-55, 1990.

P. BATIFOULIER, « *Faire payer le patient : une politique absurde* », Revue du MAUSS, 2013/1 n° 41, p. 77-92.

P. BATIFOULIER, J-P DOMIN, M. GADREAU, « *Mutation du patient et construction d'un marché de la santé. L'expérience française* », Revue Française de Socio-Économie, 2008/1 (n° 1), p. 27-46.

F. BAZIN, I. PARIZOT, P. CHAUVIN, « *Déterminants psychosociaux du renoncement aux soins pour raisons financières dans 5 zones urbaines sensibles de la région parisienne* », Sciences Sociales et Santé, vol. 24, n° 3, Sept 2001, p. 11-31.

C. BEC, G. PROCACCI, « *De la responsabilité solidaire : mutation dans les politiques sociales d'aujourd'hui* ». Paris : Syllepse ; 2003.p. 14.

S. BESSIERE, « *La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage.* », Revue française des affaires sociales 1/2005 (n°1) ,p. 17-33

E. BINHAS, « *Rassurer le patient et le praticien : parler argent est ce tabou...* », Le fil dentaire, n°66, octobre 2011, p 56-57.

J. BLAES « *How do you get a raise and increase your practice value without working longer hours?* », Janv. 2008, [www.dentaleconomics.com].

C. BLANC, « *Un patient peut-il invoquer une allergie aux matériaux pour refuser de payer les honoraires dus à son praticien?*», 12 Déc. 2012.

[<https://www.macsf.fr/vous-informer/organisation-des-soins/information-au-patient/patient-invoquer-allergie-materiaux.html>], page consultée le 5 Août 2015.

Bibliographie

L. BOCOgnANO, A. COUFFINHAL, S. DUMESNIL, « *La complémentaire maladie en France: qui bénéficie de quels remboursements ?* », Oct. 2000, CREDES

[<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2000/rap1317.pdf>]

L. BOCOgnANO, D. RAYNAUD, « *Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire* », Études et résultats N° 378, Fév. 2005.

J-C. BONICHOT, « *La Cour de justice et la santé publique : prudence limitée ou audace mesurée?* », Gazette du Palais, 20 Juin 2009 n° 171, p. 8.

N. BOOTH « *Who wants to talk about money with patients? No one!* »
www.Dentaleconomics.com , Février 2009.

P. BORNESTEIN, W. SIRVERMAN, « *Discounts could spell trouble, dental practice report* », July August 2004, p. 26.

P-L. BRAS, « *Le prix des soins marché ou régulation publique?* », Les Tribunes de la santé, 2005/3 n°8 p 47 58

C. CAPDEQUI SANCHEZ, « *Les imaginaires socioculturels de l'argent* », Sociétés, 2003/4 n° 82, p. 73-91.

J-C. CAREGHI, « *L'émergence d'une déontologie médicale en France : des projets syndicaux au code de 1941* », RDSS, n° hors-série, La médecine libérale, quel avenir?, 2011, p. 103-141, not. p. 115.

D. CARMAGNOLA, L. FILIPPUCI, S. CELESTINO et coll. « *A survey on the experience with dental tourism in a sample of Italian patients* », Minerva Stomatol. 2012 ; 61(1-2) : 11- 20.

A-C CHIARINY-DAUDET, « *Droit des contrats, Approche juridique du devis* », Petites affiches, 8 août 2007, n° 158, p. 3.

Bibliographie

CONSEIL DE L'ORDRE DES CHIRURGIENS DENTISTES,

« *Une indemnisation pour les rendez-vous manqués ?* », La lettre n°125, Fév-Mars 2014.

« *Les vrais chiffres du tourisme dentaire* », La Lettre n° 130, Sept. 2014, p 5-7.

P. COURSIER, « *La réforme structurelle de l'assurance maladie* », Petites affiches, 03 mars 2005 n° 44, p. 9.

D. CRIE, « *Le marketing des complémentaires santé* », Les Tribunes de la santé, 2011/2 n°31, p. 73-83

A-C DE DIVONNE, « *Offre de soins : la solution des centres de santé* ». Clinic. 2013, p. 11-14.

C. DEBOST, « *Mise en lumière d'une réforme silencieuse du Code de déontologie médicale* », Revue droit et santé, p. 507-510.

C. DEBOST, N. GIRAUDEAU, P. VERON et F. VIALLA, « *La réforme du Code de déontologie médicale* », Rev. gén. dr. méd., n° 44, 2012. 239.

V. DE CASSIS, « *Des honoraires du Médecin* », Gazette médicale de Paris, Volume 1 11 décembre 1830.

M. DEL SOL, « *Les plates-formes de services des organismes d'assurance maladie. Au-delà d'un effet de mode* » RDSS, n°2, 2003 p. 320-322.

M. DEL SOL, « *La lutte contre la fraude au remboursement des soins reçus en dehors de l'Union européenne* », La Semaine Juridique Social n° 11, 16 Mars 2010, 1098.

C. DESPRES, « *L'universalisation de la couverture sociale à l'épreuve de la relation de guichet.* »

Séminaire Promotion des usagers et modernisation des pratiques professionnelles en santé. Normalisations, dynamiques d'échanges et logiques professionnelles Paris : DIES Fondation de l'avenir ; mai 2005, p. 39.

Bibliographie

C. DESPRÈS, « *La Couverture maladie universelle, une légitimité contestée : analyse des attitudes de médecins et dentistes à l'égard de ses bénéficiaires* », Pratiques et Organisation des Soins, 2010/1 Vol. 41, p. 33-43.

C. DESPRÈS, P. DOURGNON, R. FANTIN, F. JUSOT, « *Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique* », Questions d'économie de la santé, n° 170, novembre 2011.

C. DEPRES, « *Significations du renoncement aux soins : une analyse anthropologique* », Sciences sociales et santé 2013/2 (Vol. 31), p. 71-96.

P. DOURGNON, F. JUSOT, R. FANTIN, « *Payer peut nuire à votre santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé* », Document de travail n° 47, IRDES, Avril 2012.

C. DUBE-BARIL, « *La facturation de frais pour rendez-vous manqués* », JADC, Vol. 75, n°1, Fév. 2009.

[www.cda-adc.ca/jcda/vol-75/issue-1/33.htm]

L. DUBOUIS, « *La prothèse et l'argent : le juge agent de la réforme de notre système de soins* », RDSS, Vol 278,15 juin 2001, p. 278-281.

A. DUBURCQ, I. BUREAU, L. COUROUVE, « *Enquête auprès des médecins libéraux de Franche-Comté sur les rendez-vous non honorés par les patients* », URPS-ML-Franche-Comté, CEMKA-EVAL, Avril 2013, p. 9 et 12.

C. EOCHE-DUVAL, « *Les professions de santé face à l'exigence de bonne moralité* », RDSS, Mai-Juin 2011.n° 3, p. 490.

C. EOCHE-DUVAL, « *L'analyse de l'activité des professionnels de santé par le contrôle médical* », RDSS 2012, p. 291.

Bibliographie

M. ESCOT, « *La publicité des complémentaires santé* », Les Tribunes de la santé, 2014/4 (n° 45), p. 63-68.

T. FAVARIO, « *L'exercice en société des professions de santé : les litiges entre associés* », RDSS, Mai Juin 2014 p.416.

E. FERRE, « *Le Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes et la pratique du boycott* », Gazette du Palais, 20 juin 2009 n° 171, p. 35.

L. FLAMENT, « *Les implications juridiques du refus de paiement des cotisations sociales* », RDSS 2015. p.153.

C. FRANC, M. PERRONNIN, A. PIERRE, « *Changer de couverture complémentaire santé à l'âge de la retraite. Un comportement plus fréquent chez les titulaires de contrats d'entreprise* », Questions d'économie de la santé, n° 126, octobre 2007.

G. FRANÇOIS-DAINVILLE, « *La prostitution et le droit de la Sécurité sociale : la question de l'affiliation* », Droit social, 2005, p.888.

Gazette Médicale de Paris, « *Des honoraires du médecin, Premier article* », 13 Nov. 1839, p. 1.

P-Y. GEOFFARD « *Concurrence en santé : marché des soins, marché de l'assurance* », Regards croisés sur l'économie, La Découverte, 2009/1, N° 5, p. 128-137.

P-Y. GEOFFARD, G. DE LAGASNERIE, « *Réformer le système de remboursement pour les soins de ville, une analyse par microsimulation* », Economie et statistique, n° 455-456, 2012, p 89-113.

C. GOFFETTE, P. BREUIL GRENIER, « *La durée des séances des médecins généralistes* », DRESS, Etudes et résultats, n°481, Avril 2006.

M. GRACE, « *Not at any price* », British Dental Journal, Vol. 197, n°4, Août 2004, p. 167.

Bibliographie

M. GRIGNON, R. SITTA, « *Qui change de complémentaire santé et pourquoi ? Une étude longitudinale à partir de l'enquête ESPS 1988-98* », Questions d'économie de la santé, n°64, 2003.

F. HAIM, « *Le plafonnement des honoraires ODF : Analyse d'une idée démagogique* », Le chirurgien-dentiste de France n°1449-1450 du 16 au 23 Sept. 2010, p. 10-11.

Y. HALLEM, I. BARTH, « *L'influence d'internet sur le comportement d'achat d'un service de croyance, cas du tourisme médical* », Revue Française du Marketing. Sept. 2014, Issue 248, p59-76. 18p.

M. HARICHAUX, « *Les sites portails santé sur Internet : quelles perspectives ?* », RDSS 2000.p. 697.

S. HOCQUET-BERG, « *La responsabilité du chirurgien-dentiste subordonnée à la preuve d'une faute dans l'accomplissement des prestations de conception et délivrance d'un appareillage dentaire* », Cass. 1re civ., 20 mars 2013, n° 12-12.300, publié au bulletin.: Revue générale du droit *on line*, 2013, numéro 9061, [www.revuegeneraledudroit.eu/?p=9061]

B. HCERNI, « *La Loi du 30 novembre 1892* », Histoire des sciences médicales, Tome XXXII, n° 1, 1998, p. 63-66.

D. JACOTOT, La lettre du Conseil national, n° 28, juin 2004, p. 34.

D. JACOTOT, « *Le praticien et les conditions d'exercice actuelles* », Bull. Acad. Natle Chir. Dent., 2005, p. 45-48.

D. JACOTOT, « *TVA sur les actes esthétiques : l'implantologie aussi ?* » La Lettre n° 123 Déc. 2013, p 35- 38.

D. JACOTOT, « *Quand le patient fait opposition à son chèque d'honoraires* », La lettre n° 125 Fév.-Mars 2014

Bibliographie

Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie, Volume 11; Volume 1850, Société royale des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, Lamertin, 1850, p. 578. Numérisé le 18 juin 2008 par l'université de Gand.

F. JUSOT, J. WITTEWER, « *L'accès financier aux soins en France : Bilan et perspectives* », Regards sur l'économie n°5, 2009, p.102-109.

J. KABIR, C. MELLOR, « *Factors affecting fee setting for private treatment in general dental practice* », British dental Journal Vol 197, n°4 Août, 2004.

B. KAMBIA CHOPIN, M. PERRONNIN, A. PIERRE, T. ROCHEREAU, « *La complémentaire santé en France en 2006: un accès qui reste inégalitaire ; résultats de l'Enquête Santé Protection Sociale 2006 (ESPS 2006)* ». Questions d'économie de la santé; (132), p. 1-4.

K. KANEGANE, S. PENHA, M.A. BORSATTI, R.G ROCHA, « *Dental anxiety in an emergency dental service* », Clin. Oral. Investig, Mars 2006; 10(1), p.84-91.

M.A KELLY, B. LANGE, D.G DUNNING, T.E UNDERHILL, « *Reasons patients stay with a dentist.* », J. Dent. Pract. Adm, Janv. - Mars 1990;7(1), p. 9-15.

F. KESSLER, « *L'obligation d'affiliation aux régimes des professions libérales : des difficultés sans fin ?* », RDSS 2012. 21.

N. LAGRANGE, « *Des praticiens sous contrôle des réseaux de soins Optique, dentaire, audioprothèse...* », Liaison sociale, Mai 2013, p. 47-49.

G.LAMY, « *Dentexia les victimes du dentiste low cost* ». Lyon Capitale. 2014 ; (731) : 60-64.

J. LANGLOIS, Bull. Ordre méd., Nov. 2002, p. 1.

A. LAUDE, « *Le code de déontologie médicale enfin modifié !* », D. 2012. 1694

Bibliographie

T. LASKE-ALDERSHOF, E. SCHUT, K. BECK, S. GRESS, A. SHMUELI, C. VAN DE VOORDE, « *Consumer mobility in health insurance markets : a five-country comparison* », Applied Health Economics and Health Policy, vol. 3, n° 4, p. 229-241.

N. LASNE, I. YENI, « *Une loi négociée, la Cmu* » Le point de vue des acteurs, Projet, 2001/4 n° 268, p. 55-64.

A. LECA, « *La médecine libérale : quelle réalité juridique ? Réflexions à partir du droit romain et de la loi du 5 avril 1928 sur les assurances sociales* », RDSS, 2011 p. 91.

C. LÉONARD, « *La responsabilisation: une conséquence logique de l'individualisme?* », La Revue Nouvelle, Avril 2003, p. 68-73.

C. LÉONARD, « *La responsabilisation du patient - Questions économiques et philosophiques - Comment passer d'une version réifiée de la responsabilisation à une responsabilisation qui autonomise l'individu* ». Bruxelles Informations Sociales, n°159, Juin 2008, p. 55-66.

C. LE PEN, « *Patient ou personne malade ? Les Nouvelles figures du consommateur de soins* », Revue Economique, Vol. 60, 2009, p.257-271.

R. P. LEVIN, « *Patient Financing and the Implant Practice* », Implant Dentistry, Sept. 2007, Vol. 16 Issue 3, p226-226.

D. LITAKER, T.E. LOVE, « *Health care resource allocation and individuals' health care needs: examining the degree of fit* », Health Policy, 73, p.183-193.

A. LOONES, « *Garanties et services : les attentes des salariés et des entreprises* », Synthèse des résultats de la huitième vague d'enquête réalisée pour le CTIP, Credoc, 2009.

Bibliographie

N. LUNDEGREN, B. AXTELIUS, J. HAKANSSON, S. ACKERMAN, « *Dental treatment need among 20 to 25 years old Swedes: discrepancy between subjective and objective need* », Acta Odontol. Scand. Avril 2004 ; 62(2), p. 91.

J-P MAISONNAS, « *Honoraires de l'avocat : en finir avec l'injustice* », Gazette du Palais, 11 janvier 2011 n° 11, p. 10.

M MALAURIE- VIGNAL, « *Intuitu personae et liberté de la concurrence dans les contrats de distribution* », JCP Ed. 1998, n°7-8, p. 260.

G. MARTIN-HOUSSART, M-O RATTIER, D. RAYNAUD, « *Les contrats offerts en 2002 par les organismes d'assurance maladie complémentaires* », Etudes et Résultats, n° 402, Drees, 2005.

L. MENVIELLE, « *Tourisme médical : quelle place pour les pays en développement ?* », Mondes en développement, 2012/1 n°157, p. 81-96.

J. MORET-BAILLY, « *La déontologie médicale, de la résistance à la contre-offensive (à propos du décret du 7 mai 2012 portant modification du code de déontologie médicale)* », Revue de droit sanitaire et social, 2012, p. 1074-1083.

J. MORET-BAILLY, « *Publicité et déontologie* », Les Tribunes de la santé 4/2014, n° 45, p. 31-36.

J. MOSSUZ-LAVAU, « *L'argent et nous : l'effet famille* », Dialogue, 2008/3 n° 181, p. 15-24.

F. X MERCAT, « *Tact mesure dans la fixation des honoraires* », Rapport adopté par le Conseil national de l'Ordre des médecins en 1998 et actualisé au cours de sa session de décembre 2005.

F. MILLET, « *La CMU-C : quelles évolutions récentes?* », Gazette du Palais, 9 Oct. 2008 n° 283, p. 65.

Bibliographie

C. NAVARRO: « *Avantages et inconvénients de la Société d'Exercice Libéral. Comment choisir quand on s'installe* », Pratique Vet., 2008, (Spécial : Management), 76 p.

U. NIZZOLI, « *Qualité des services ou qualité des soins ?* », Psychotropes, vol. 9, 2003/1,

F-J. PANSIER, C. CHARBONNEAU, « *La compétence professionnelle et la formation médicale continue, Titre III - Chapitres I et II* », Gazette du Palais, 04 mai 2002 n° 124, p. 15.

M. PERRONNIN, « *La complémentaire santé en France en 2008, une large diffusion mais des inégalités d'accès* », Questions d'économie de la santé n°161, Janv. 2011.

P. PIANEZZA, « *La santé à crédit : les stratégies des patients face à la crise* », Les Tribunes de la santé, 2012/3 n° 36, p. 67-72.

D. PIAU « *La schizophrénie kafkaïenne de la procédure de recouvrement d'honoraires* », Gazette du Palais, 07 mai 2013 n° 127, p. 9.

F. PIERRU, « *Les conséquences électorales des conflits de la santé : mythe ou réalité ?* », Les Tribunes de la santé 2015/1 (n° 46), p. 65-76.

G. POUGET, « *Le chirurgien-dentiste face au contrôle fiscal* », 1995.
[<http://www.abcdent.fr/pdf/fiscal-1.pdf>], page consultée le 10 Août 2015.

G. RAYMOND, « *Un nouveau consommateur : le consommateur patient* »
Contrats de la concurrence consommation n°11, novembre 2006, comm. 238.

D. RAYNAUD, « *Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire santé* », DREES, Études et résultats N° 378, février 2005.

Bibliographie

E. RENAHY, I. PARIZOT, S. LESIEUR et coll, « *WHIST: Enquête web sur les habitudes de recherche d'informations liées à la santé sur Internet* », Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, 2007.

[http://www.inserm.fr/content/download/1423/13035/file/enquete_whist_2007.pdf], consulté le 2 Aout 2014.

Dr. RENON, « *Le médecin syndicaliste* », Janv. 1928 (cité par Maryse BADEL, Liberté et système de santé, RDSS, 2005. p951).

Y. REPIQUET, Bâtonnier de l'Ordre des avocats de Paris, « Ouverture des travaux », Gazette du Palais, 13 mars 2008 n° 73, p. 3. ;

F. RILLIARD, S. BAREK, F. ROTH, « *Evaluation du coût des traitements endodontiques en structure hospitalo-universitaire* » Inform dent (Paris) 1999;3:p. 173-180.

L. ROCHAIX, « *Asymétries d'information et incertitude en santé : les apports de la théorie des contrats* », Économie et Prévision, Programme National Persée, vol. 129(3), 1997, pages 11-24.

T. ROLLIN, « *Affichage légal dans la salle d'attente du médecin* », 4 Janv. 2008, [<http://droit-medical.com/perspectives/la-forme/13-affichage-salle-attente-medecin#ixzz35Xw6kokq>], page consultée le 5 Août 2015.

J. RYTTEEN, O. HOLST et Al, « *100 000 more adults visit the dentist: a few results of November 1989* ». Nor Tannlaegeforen Tid. Juin 1990; 100(10):414-22.

M. SABEK, « *CMU et responsabilité* », L'information Dentaire n°24, 14 Juin 2006, p. 1437-1440.

B. SALIBA, B. VENTELOU, « *Complimentary Health insurance in France. Who pays ? Why? Who will suffer from public disengagement?* », Health policy n° 8, p. 166-182.

Bibliographie

R. SALOMON, « *La Fraude pénale en droit de la sécurité sociale* », *Économica*, 2013, 311 p. ; I. Vacarie, *Rev. trav*, 2013. p.798.

A-L. SAMSON, « *Comportements d'offre de soins et revenus des médecins généralistes : l'influence de la régulation de la médecine ambulatoire* », *Journal de gestion et d'économie médicales*, 2011/5, Vol. 29, p. 247-269.

S. SANDIER, « *Le point de vue de l'économiste de la santé* », in JOLLY (D.), JOLLY (C.) (dir.) *malade ou client ? Economica*, 1993, p. 114-122.

F. SAUER, « *Europe et télésanté, Les droits des patients aux soins numériques transfrontaliers* », *RDSS*, 2011, p. 1029.

J. SAVATIER, « *La profession libérale* », *Étude juridique et pratique*, LGDJ, 1947, p. 38 ; « *Contribution à une étude juridique de la profession* », *Dix ans de conférence d'agrégation, Études de droit commercial offertes à Joseph Hamel*, Dalloz, 1961, p. 3 et s., n° 8 ;

H. SELYE, « *A syndrome produced by diverse nocuous agents* », *Nature*, 1936, 138, 32.

J. SHOEMAKER, « *Patient Payment Options* », *Orthodontic Products*, Oct 2007, Vol. 14 Issue 8, p28-31.

S. STACK, « *Suicide risk among dentists: a multivariate analysis* », *Deviant Behav.* Vol.17 (1) 1996, p. 107-118.

A. STROMBOM, T.C BUCHMUELLER, P.J. FELDSTEIN, « *Switching costs, price sensitivity and health plan choice* », *Journal of Health Economics*, vol. 21, p. 89-116.

M-C THERY-HEGLY, « *le Burnout n'est pas une fatalité* », *L'information Dentaire*, n° 38. 5, Nov. 2008. [<http://www.coval95.fr/wp-content/uploads/2010/08/Burn-Out.pdf>]

A. TRIOLAIRE, « *Sainte Apolline, l'histoire devenue légende* », *Actes. Société française d'histoire de l'art dentaire*, 2008, 13.

Bibliographie

C.M. VALENTIN, « *Interrelations psychiques et organiques* », Réalités cliniques, vol.5, n°2, 1994, p.209-220.

J. VESSAUD, « *La complémentaire santé pour tous les salariés* », Revue Banque/Banque Magazine. Oct. 2014, n° 776, p16.

F. VIALLA, « *Aperçu rapide, La réforme discrète du Code de déontologie médicale - A propos du décret du 7 mai 2012* », JCP G n° 23, 4 juin 2012, 663.

F. VIALLA, « *Modification de l'article R. 4127-35 du Code de la santé publique* », Revue Droit et Santé, n° 48, 2012, p. 506-507

J. VILANOVA, « *Les nouvelles formes associées des professions de santé : Etat présent et à venir* », La médicale de France.fr, 29 Juin 2010.

[<http://www.lamedicale.fr/documents/201006bGroupComProd.pdf>], page consultée le 5 Août 2015.

K. WARD, Australian Dental Practice, Mars-Avril 2010, p. 71.

R. WILLEFORD, « *The art of setting fees* », Oct. 2008, p22-24, [www.Dentaleconomics.com]

Z. WU, M.J. PENNING, C.M. SCHIMMELE, « *Immigrant status and unmet health needs* », Canadian Journal of Public Health, 96(5), p. 369-373.

Articles scientifiques

P-L ASSOUN, « *L'inconscient organique. Pouvoirs du symbole et travail du symptôme* », Revue française de psychosomatique 1/2002 (no 21), p. 53-73

D. ASSOR, « *Conséquences des traitements endodontiques mal conduits* », Université Paris 7, UFR d'Odontologie, 2004.

Bibliographie

C. BASMADJIAN-CHARLES, D. BOURGEOIS et Al., « *National survey of endodontics in general dental practice in France* », Eur J prosthodont restor dent 2004, 12, p.144-153

B. BERGENDAL, J. NORDERYD, M. BAGESUND, A. HOLST, « *Signs and symptoms from ectodermal organs in young Swedish individuals with oligodontia* », Int J Paediatr Dent 2006;16(5), p.320-326.

M. BONAPARTE, « *L'homme et son dentiste* », Revue française de psychanalyse, tome VI n°1, 1933, p84-88.

Y. BOUCHER, « *Parodontite apicale et mauvais traitement endodontique, état d'urgence* », Rev Odont Stomat 2005; 34, p. 205-217.

DA. CONRAD, RS. LEE, P. MILGROM, CE. HUEBNER, « *Estimating determinants of dentist productivity: new evidence* », J Public Health Dent. 2010 Fall;70(4), p.262-268.

S. ELIASZEWICZ-WAJNSZTOK, B. TAVERNIER, « *Analyse des taux de survie et complications des différentes solutions prothétiques : revue de littérature* », Rev Odont Stomat 2009; 38, p.187-207.

K. EL KHATIB, A. DANINO, G. MALKA, « *Étude de la corrélation entre le coût réel d'une intervention et ses modes de facturation en France : exemple de l'ablation de matériel d'ostéosynthèse de mandibule* », Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale, Vol. 105, num. 3, juin 2004, p.143-148.

A. PARA, « *Étude de la survie et des complications à long terme des prothèses fixes combinées implanto-dento-portées : revue de la littérature* », Actual. Odonto-Stomatol, n°255, Sept. 2011.

O. TROST, N. KADLUB, N. ROBE, J. LEPINE, H. ROMBI, M.T. NOIROT-LETOURNEAU, P. TROUILLOUD, G. MALKA, « *Extraction des dents de sagesse sous anesthésie générale : à propos de 180 patient* », Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale, Vol. 109, num. 2, Avril 2008, p. 91-95.

Bibliographie

C. VANZEVEVEREN, W. D'HOORE, P. BERCY, G. LELOUP, « *Treatment with removable partial dentures: a longitudinal study. Part II* », J of Oral Rehabil 2003; 30, p.459-469.

IV. Colloques, Conférences et communications

ARS Paca, Groupe pertinence Chirurgie de la bouche et des dents, « Consommation et pertinence des actes, Chirurgie de la bouche et des dents », Réunion du 3 Fév. 2012.
[http://www.fehap.fr/DATA/20_2_2012_10_26_40_CR%203022012%20pertinence%20chir%20bouche%20et%20den>ts.pdf]

Page consultée le 23 Août 2012.

Conseil National de l'Ordre des Médecins, Recommandations du séminaire ordinal annuel du 10 au 13 mai sur le thème Accès aux soins présentées par Le Docteur Michel LEGMANN, 29 Mai 2012.

Comité des sages, A. CORDIER (Président), « *Un projet global pour la stratégie nationale de santé, 19 Recommandations du comité des « sages »* », 21 Juin 2013.

J. JESS, R. LARDELLIER, R. LEGAL avec la collaboration de C. MARBOT, « *Le rôle des tarifs dans le recours aux soins dentaires : l'exemple des inlay core* », Journée des Economistes de santé français 2013 .

P. HUEBER, N. VINOT, « *CCAM : quels changements pour nos cabinets dentaires* », Synthèse du carrefour professionnel ADF 2012, syndicat des femmes chirurgiens-dentistes.

J. LORRAIN, A. BELLEY, L. DUSSAULT, « *Les compétences des entrepreneurs : élaboration et validation d'un questionnaire (QCE)* », 4ème congrès international sur la PME, Université de Metz et Université de Nancy, 1998.

Bibliographie

V. Rapports et Notes d'information et Circulaires

ANSM, Point d'information, « Irrégularités réglementaires importantes dans l'activité de la société CERAVÉR liées à la mise sur le marché et l'utilisation de certaines prothèses de hanche », 02 Mai 2013.

ARS, « Rapport de synthèse Ile de France, Accompagnement des centres de santé, dans l'amélioration de leur organisation et de leur viabilité économique », Oct. 2012.

[http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/7_Acteurs_en_Sante/Centres_de_sante/CDS_rapportCdS_261126.pdf]

Circulaire CNAMTS, 18 Août 2005, Réf : 83/2005.

Commonwealth Fund, 2010 International Health Policy Survey in Eleven Countries, Chartpack.

Direction Générale de la Santé, M. FOLLIGUET, « Prévention bucco-dentaire chez les personnes âgées », Mai 2006, p. 12.

DGCCRF, Note d'information n°2000-144, 13 Sept. 2000.

DREES, « Comparaison des revenus des médecins libéraux à ceux des autres professions libérales et des cadre », DREES, Etudes et résultats n° 578, Juin 2007.

DREES, M. COLLET, D. SICART, « Les chirurgiens-dentistes en France- situation démographique et analyse des comportements en 2006 », Etudes et résultats n°594, Sept. 2007.

DREES, V. BELLAMY, H. FRECHOU, « Les revenus libéraux des professionnels de santé », série sources et méthodes, document de travail n°16, Juill. 2010, p. 16

Bibliographie

DREES, M-A. LE GARREC, M. BOUVET, « Comptes nationaux de la santé 2012 », Document de travail, Série statistiques, n° 185, septembre 2013.

HAS, Rapport d'évaluation technologique, « Traitement endodontique », Sept 2008.

HAS, « Indications et contre-indications de l'anesthésie générale pour les actes courants d'odontologie et de stomatologie », Juin 2005.

HAS, « La participation des patients aux dépenses de santé dans cinq pays européens », Mission Études et Recherche, Sept. 2007.

Note HCAAM sur les dispositifs médicaux, Mai 2008, p61.

HCAAM, « Rapport : La généralisation de la couverture complémentaire en santé », 18 Juill. 2013.

IGAS, Rapports, « Les dépassements d'honoraires médicaux », présenté par P. ABALLEA, F. BARTOLI, L. ESLOUS, I. YENI, Mars 2007.

IGAS, Rapport, « Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain » [en ligne]. 2013, 138 p.

http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-119P-Centres_de_sante.pdf

IGAS, E. MARIE, J. ROGER, « Rapport sur le tiers payant pour les consultations de médecine de ville », IGAS, 2013.

INSEE, « Personnel et équipements de santé », Etudes, Fév. 2012.

[http://www.insee.fr/fr/mobile/etudes/document.asp?reg_id=0&id=3510], page consultée le 16 Août 2015.

IRDES, « Payer peut nuire à votre santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé », Document de travail n° 47, Avril 2012.

Bibliographie

Médecins du Monde, Rapport « Je ne m'occupe pas de ces patients. », Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle ou de l'Aide Médicale Etat dans 10 villes de France, Oct. 2006.

OCDE, « Panorama de la santé 2013 : Les indicateurs de l'OCDE », Ed. OCDE, 21 Nov. 2013, p. 212, [http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-fr].

Observatoire des Métiers dans les Professions Libérales, « *Cabinets dentaires : de l'état des lieux à la prospective* », Etudes, Juill. 2012.

ONPDS : Rapport, « Le métier de chirurgien-dentiste: caractéristiques actuelles et évolution », Sept 2007, p. 13.

ONDPS, Rapport 2006/2007, Tome 3, Analyse des professions Chirurgien-dentiste, les métiers de la périnatalité, 2008.

[http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ONDPS_-_2006_2007_-_tome3.pdf]

RSI, Action nationale de Gestion du Risque, « Rapport : Le devenir des dents couronnées », Juin 2010, p. 19.

UNPPD, Enquête de branche « prothésistes dentaires », Sept. 2011.

URPS-ML-Franche-Comté A. DUBURCQ, I. BUREAU, L. COUROUVE, « Enquête auprès des médecins libéraux de Franche-Comté sur les rendez-vous non honorés par les patients », Avril 2013, p. 9 et 12.

Commission des affaires sociales

Commission des affaires sociales, mardi 29 Mars 2011, Séance de 21 heures, Compte rendu n° 36.

Commission des affaires sociales, Mercredi 30 mars 2011 Séance de 10 heures, Compte

Bibliographie

rendu n° 37.

F. CARREY-CONTE F. (Députée), Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi relative au fonctionnement des réseaux de soins créés par les mutuelles et aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes de protection sociale complémentaire et les professionnels de santé, Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 21 novembre 2012.

Comptes rendus de la commission des affaires sociales, 19 Juin 2013, « Fonctionnement des réseaux de soins créés par les mutuelles et modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes de protection sociale complémentaire et les professionnels de santé », Table ronde

Conseil de la concurrence

Conseil de la concurrence, Décision n° 97-D-25 du 22 avril 1997 relative à des pratiques mises en œuvre par les syndicats de chirurgiens-dentistes de l'Indre-et-Loire CNSD 37 et du Rhône CNSD 69.

Conseil de la Concurrence, Avis n° 08-15 § 51 relatif au projet de décret portant code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes, 29 juillet 2008.

Bulletin officiel, 68e année. - N° 9, p. 857 ; Vendredi 14 novembre 2008.

Conseil de la Concurrence, Avis n° 12-A-06 relatif aux effets sur la concurrence de l'exclusivité de la vente des prothèses dentaires par les chirurgiens-dentistes, 29 février 2012.

Cour des comptes

Rapport de la Cour des comptes, Chapitre VIII, « Les médecins libéraux : démographie, revenus et parcours de soins », 2007.

Rapport de la Cour des comptes, « L'application des lois de financement de la sécurité

Bibliographie

sociale pour 2010 », chapitre XIII: les soins dentaires, La Documentation française, septembre 2010.

Rapport annuel de la Cour des comptes, « La Sécurité sociale », Sept. 2013, Chap. XIV.

Rapport de la Cour des comptes, « Sécurité sociale 2014 , Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale », Chapitre VIII « Les conventions avec les professions libérales de santé : répondre aux besoins des patients , mieux assurer l'efficience de la dépense », Sept. 2014.

Commission des Comptes de la sécurité sociale, « Eclairage maladie démographie, activité et revenus des chirurgiens-dentistes », Juin 2010.

Rapports parlementaires

J-F. CHADELAT, « *Rapport pour Monsieur le Ministre de la Santé et des Solidarités : Le refus de soins aux bénéficiaires de la CMU* », 30 Nov. 2006.

Ministère de la santé « Le plan de prévention bucco-dentaire », 21 juin 2012 [<http://www.sante.gouv.fr/le-plan-de-prevention-bucco-dentaire.html>].

Assemblée nationale XIIIe législature, Session extraordinaire de 2010-2011, Compte rendu intégral, Première séance du jeudi 7 Juill. 2011.

Sénat, A. LAMBERT, Rapport d'information sur la situation et les perspectives du secteur des assurances en France, chapitre III : description des acteurs, 1998.

VI. Sondages

CMV Mediforce - BNP Paribas. 3ème Edition du Scan CMV-Médiforce « sur le moral des professionnels libéraux ». 2014, p. 56.

Bibliographie

CNOM - IPSOS. « Enquête : les conséquences des usages d'internet sur la relation patients médecins », 2010.

[<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/vers-une-meilleure-integration-d%E2%80%99internet-la-relation-medecins-patients-982>], consulté le 10 Avril 2015.

Crest - Oral-B, 4^{ème} Sondage annuel : les beaux sourires des Canadiens de Crest et Oral-B. 2012.

Europ Assistance, « Baromètre Pan Européen sur les principaux débats de santé », Note de synthèse, Sept. 2009.

VII. Articles de presse

BFMtv.com, « *Un dentier de Winston Churchill vendu 24.000 dollars* »,

[<http://www.bfmtv.com/international/un-dentier-winston-churchill-vendu-24-000-dollars-120194.html>], page consultée le 19 juin 2015.

Capital, S. TROUVELOT, « *Le scandale des prothèses dentaires* », Déc. 2009.

L'EXPRESS, « *Parler de son salaire, plus tabou que parler de sexe ?* », publié le 18 Mars 2011, [http://www.lexpress.fr/emploi-carriere/emploi/parler-de-son-salaire-plus-tabou-que-de-parler-de-sexe_973708.html], Page consultée le 10 Août 2015.

Midilibre.fr, « *Fraude à la CPAM, Deux ans pour le dentiste* » [<http://www.midilibre.fr/2014/02/13/fraude-a-la-cpam-34-deux-ans-pour-le-dentiste,821671.php>], page consultée le 5 août 2014.

Lamarseillaise.fr, « *Deux dentistes ont fait fortune sur une fraude massive* », 30 Nov. 2012, [<http://www.lamarseillaise.fr/les-archives/item/4733-deux-dentistes-ont-fait-fortune-sur-une-fraude-massive>] page consultée le 15 Oct. 2013.

La Tribune, « *Marianne Binst bouscule les habitudes en assurance santé* », , 12 avril 2007.
Le Figaro.fr, « *Les tarifs des médecins sont en ligne* », [<http://www.lefigaro.fr/assurance/2008/08/01/05005-20080801ARTFIG00397-les-tarifs-des-medecins-sont-en-ligne-.phpc>], page consultée le 7 mai 2008.

Bibliographie

Le Figaro.fr, M. THEOBALD, « *Combien gagnent réellement les dentistes ?* », 12 Avril 2015.
[<http://www.lefigaro.fr/conjoncture/2015/04/12/20002-20150412ARTFIG00002-combien-gagnent-reellement-les-dentistes.php>], page consultée le 15 Août 2015.

Le Monde, R. RIVAIS, « *Le tourisme dentaire séduit les familles modestes: Des patients français n'hésitent pas à faire le déplacement en Hongrie pour bénéficier de prix intéressants* », 19 Août 2009, p19.

Le Monde.fr, « *Les tarifs des orthodontistes sur la sellette* », 15 Juill. 2010.
[http://www.lemonde.fr/societe/article/2010/07/15/les-tarifs-des-orthodontistes-sur-la-sellette_1388251_3224.html], page consultée le 15 Mai 2012.

Le Monde.fr, R. SCHITTLY, « *Soins dentaires : à Lyon, l'ouverture de cabinets low-cost dérange* », 9 Mars 2012.
[http://www.lemonde.fr/societe/article/2012/03/09/soins-dentaires-a-lyon-l-ouverture-de-cabinets-low-cost-derange_1655410_3224.html], page consultée le 12 Oct. 2014.

Le Monde.fr, P. EUZEN « *Le label "fait maison" dans les restaurants retoqué au Sénat* », 13 Sept. 2013.

Le Monde.fr, « *Alerte à la fraude sur le prix des lunettes* », 20 Mai 2014.
[http://www.lemonde.fr/societe/article/2014/05/20/alerte-a-la-fraude-sur-le-prix-des-lunettes_4421892_3224.html], page consultée le 10 mai 2015.

Le Monde diplomatique.fr, « *Scalpel safari en Afrique du Sud* », Déc. 2012.
[<http://www.monde-diplomatique.fr/2012/12/SHAH/48473>], page consultée le 17 juil. 2013.

Le parisien.fr, « *Paris : des dentistes soupçonnés de mutiler leurs patients* », 15 Janv. 2013.
[<http://www.leparisien.fr/paris-75/paris-75008/des-dentistes-soupconnes-de-mutiller-leurs-patients-15-01-2013-2482043.php>], page consultée le 16 Août 2015.

Bibliographie

Nouvelobs.fr, « *Assurance maladie : 150 millions d'euros de fraudes détectées en 2012* », [http://tempsreel.nouvelobs.com/economie/20131030.OBS3281/assurance-maladie-150-millions-d-euros-de-fraudes-detectees-en-2012.html], page consultée le 6 aout 2014.

Nouvelobs.fr, J. DE LINARES, « *Soins low-cost : panique chez les dentistes* », 3 Janv. 2013. [http://tempsreel.nouvelobs.com/economie/20130103.OBS4405/soins-low-cost-panique-chez-les-dentistes.html] consulté le 12 Oct. 2014.

SudOuest.fr, « *Un dentiste accusé d'avoir mutilé ses patients de manière irréversible* », 27 Mars 2013. [http://www.sudouest.fr/2013/03/27/un-dentiste-accuse-d-avoir-mutile-ses-patients-de-maniere-irreversible-1007416-7.php], page consultée le 16 Août 2015.

VIII. Sites internet

SOP, « J'ai entendu parler de la possibilité de faire certifier mon cabinet dentaire. Qu'en est-il exactement ? »

[http://www.sop.asso.fr/les-services/posez-vos-questions/QUEST00117], page consultée le 31 Mars 2015

Sécurité Sociale, « *Rappel des obligations d'affiliation et de cotisation à la Sécurité sociale* »
http://www.securite-sociale.fr/Rappel-des-obligations-d-affiliation-et-de-cotisation-a-la-Securite-sociale

Page consultée le 20 mars 2015.

Index Alphabétique

Index Alphabétique

(Les numéros renvoient aux numéros des paragraphes)

A

Abus

143, 146, 148, 173, 242 et suivants, 252 et suivants, 374, 428.

Abus de bien social
379 et suivants.

Acompte

189, 494 et suivants.

Actes opposables

96 et suivants, 111 et suivants, 147 et suivants, 252 et suivants, 347, 357 et suivants, 392.

Affichage obligatoire

168, 208 et suivants, 558 et suivants.

Arrhes

494.

C

CCAM

V. Nomenclature.

Centres de soins

417, 519 et suivants.

Charte médicale

417, 519 et suivants.

Chèque

497 et suivants, 596 et suivants

CMU

Interruption de prise en charge 274 et suivants

Panier de soin 272 et suivants.

Principe 276 et suivants, 265 et suivants.

Refus de soin 271 et suivants.

Concurrence

20, 57, 203, 206, 318, 387 et suivants.

Conseil de l'ordre

143 et suivants.

Consentement

56, 159, 174 et suivant, 187 et suivants

Conventionnement

29, 90 et suivants, 103, 109, 166, 176, 197, 290.

Crédit :

V. Règlement échelonné.

D

Dépassement d'honoraires

90, 127, 259.

Dépassement permanent

99.

Devis

174 et suivants, 275.

Devis conventionnel

200 et suivants, 286.

DPC

V. Formation continue.

E

Entente directe

17, 30, 103.

Escroquerie

143, 257, 367, 377.

Espèce (règlement en)

495 et suivants

Index Alphabétique

F

Faute
250 et suivants

Formation
- **Formation initiale**
1,2.
- **Formation continue**
356 et suivants.

Fraude
143, 151, 243, 248, 254, 257, 285, 374, 376.

Fraude fiscale
381 et suivants.

M

Médecine Libérale
17 et suivants

Monopole
83, 124, 409 et suivants

Mutuelles
V. Organismes complémentaires

N

Nomenclature
CCAM
85
Données générales
84 et suivants

O

Organismes complémentaires
291 et suivants, 311, 414, 437 et suivants

P

Paiement direct
17, 28 et suivants, 416, 513

Plafonnement
103, 109, 126, 272, 426 et suivants

Prothésiste

121, 202, 408 et suivant, 482.

Profession libérale
16 et suivants.

Publicité
214, 514, 537 et suivants.

R

Refus de soin
277, 372.

Règlement échelonné
442, 460, 505 et suivants.

Renoncement aux soins
78, 266, 472 et suivants, 476.

Réseaux de soins
442 et suivants.

S

Sécurité sociale
- **Affiliation**
226 et suivants,
- **Déficit**
236 et suivants,
- **Historique**
224 et suivants.

Soins opposables
102 et suivants, 129, 188, 205, 348, 393 et suivants.

T

Tact et mesure
139, 161 et suivants, 173 et suivants, 261.
- **Contentieux**
165, 182, 251, 258,
- **Historique**
128, 138 et suivants,
- **Paramètres**
140 et suivants

-

Annexes

Annexe 1 : Coûts du matériel à usage unique pour les soins en cabinet de ville

Source : M. DELBOS, « *Matériel à usage unique et actes opposables* », Université Henri Poincaré, UFR d'Odontologie, Nancy, 2004, Respectivement p. 81, 87 et 89.

Ces frais correspondent uniquement à la partie « consommable » du geste.

Coût de l'installation d'un patient pour un rendez-vous de contrôle : 2,60 Euros pour un remboursement de 23 Euros.

TEMPS OPERATOIRES	RESSOURCES MOBILISEES	USAGE UNIQUE	REUTILISABLE	COÛT (Euros)
Installation du patient au fauteuil	Têtière de protection du fauteuil	X		0,061
	Champ thoracique	X		0,016
	Embout de seringue air-eau	X		0,188
Lavage des mains	Savon	X		
	Essuie-mains (6 feuilles)	X		0,055
Préparation praticien et assistante	Gants latex (2 paires)	X		0,232
	Masque (2)	X		0,340
	Lunettes (2 paires)		X	
Réalisation de l'acte	Sonde	X		1,690
	Miroir	X		
	Précelle	X		
	Pompe à salive	X		0,023
Radiovisiographie	Capuchon de protection capteur	X		0,015

Annexes

Coût d'un Composite 2 faces : 7,03 à 7,73 Euros pour un remboursement de 28,92 Euros.

TEMPS OPERATOIRES	RESSOURCES MOBILISEES	USAGE UNIQUE	REUTILISABLE	COÛT (Euros)
Installation du patient sur le fauteuil	Tête de protection du fauteuil	X		0,061
	Champ thoracique	X		0,016
	Embout de seringue air-eau	X		0,188
Lavage des mains	Savon	X		
	Essuie-mains (6 feuilles)	X		0,055
Préparation praticien et assistante	Gants (2 paires)	X		0,232
	Masque (2)	X		0,340
	Lunettes (2 paires)		X	
Instruments de consultation	Miroir	X		1,69
	Sonde droite	X		
	Précelle	X		
Aspiration	Pompe à salive	X		0,023
	Canule d'aspiration	X		0,020
Anesthésie	Seringue		X	
	Aiguille	X		0,099
	Carpule (1 à 3)	X		0,350 à 1,050
Fraisage	Turbine		X	
	Contre-angle basse vitesse		X	
	Fraise cylindro-conique	X		0,900
	Fraise boule acier	X		0,658
	Fraise à biseau diamantée	X		0,900
Mise en place de la matrice	Matrice transparente	X		0,178
	1 Coin de bois	X		0,080
Mordençage	1 à 2 rouleaux salivaire	X		0,017 à 0,034
	1 embout de seringue	X		0,520
	Gel de mordençage	X		
Rinçage				
Séchage				
Application de l'adhésif	1 à 2 rouleaux salivaire	X		0,017 à 0,034
	Applicateur	X		0,097
Application du matériau composite	Teintier		X	
	Spatule à bouche		X	
	Matériau composite	X		
Photo-polymérisation	Protection de la lampe	X		0,118
Occlusion	Pince		X	
	Papier à articuler	X		0,040
Polissage	Rotatif basse vitesse		X	
	Mandrin à disque à polir		X	
	2 disques à polir	X		0,269
	Strip interdentaire	X		0,119

Annexes

Coût d'un détartrage : 3,44 Euros pour un remboursement de 28,92 Euros.

TEMPS OPERATOIRES	RESSOURCES MOBILISEES	USAGE UNIQUE	REUTILISABLE	COÛT (Euros)
Installation du patient sur le fauteuil	Têtière de protection du fauteuil	X		0,061
	Champ thoracique	X		0,016
	Embout de seringue air-eau	X		0,188
Lavage des mains	Savon	X		
	Essuie-mains (6 feuilles)	X		0,055
Préparation praticien et assistante	Gants (2 paires)	X		0,232
	Masque (2)	X		0,340
	Lunettes (2 paires)		X	
Instruments de consultation	Miroir	X		1,69
	Sonde droite	X		
	Précelle	X		
Aspiration	Pompe à salive	X		0,023
	Canule d'aspiration	X		0,020
Détartrage	Pièce à main ultra-sonique		X	
	Insert		X	
	CK 6		X	
Polissage	Contre-angle basse vitesse		X	
	Brossette à polir	X		0,618
	Pâte à polir	X		0,199

Annexes

Annexe 3 : Panier de soins et Barème de prise en charge des actes prothétiques par la CMU C (extrait)

Acte ou traitement	Codes CCAM	Codes CMU-C transposés	Tarif de responsabilité	Part obligatoire (70%)	Part complémentaire CMU-C (30%)	Forfait CMU-C en sus du tarif de responsabilité	Prix maximum autorisé
Prothèses conjointes							
Pose d'une couronne dentaire métallique	HBLD038	FDC1	107,50 €	75,25 €	32,25 €	122,50 €	230,00 €
Pose d'une couronne dentaire céramométallique ou en équivalents minéraux (CMU C uniquement pour pose de couronnes dentaires céramométalliques, pour incisives, canines et premières prémolaires)	HBLD036	FDC3	107,50 €	75,25 €	32,25 €	267,50 €	375,00 €
Ablation d'une prothèse dentaire scellée unitaire ou plurale	HBGD027	FDC5	38,70 €	27,09 €	11,61 €	0,00 €	38,70 €
Pose d'une infrastructure coronaradiculaire métallique coulée sans clavette sur une dent	HBLD007	FDC38	122,55 €	85,79 €	36,77 €	0,00 €	122,55 €
Pose d'une infrastructure coronaradiculaire métallique coulée avec clavette sur une dent	HBLD261	FDC39	144,05 €	100,84 €	43,22 €	0,00 €	144,05 €
Pose d'une prothèse plurale comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux et un élément intermédiaire métallique ; – hors éléments céramocéramiques ; – éléments céramométalliques : uniquement pour incisives, canines et premières prémolaires	HBLD040	FDC1 + FDC1 + FDC3	279,50 €	195,65 €	83,85 €	555,50 €	835,00 €
Pose d'une prothèse plurale comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux , et un élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux ; – hors éléments céramocéramiques ; – éléments céramométalliques : uniquement pour incisives, canines et premières prémolaires	HBLD043	FDC1 + FDC3 + FDC3	279,50 €	195,65 €	83,85 €	700,50 €	980,00 €
Pose d'une prothèse plurale comportant 2 piliers d'ancrage métalliques et un élément intermédiaire métallique	HBLD033	FDC1+FDC1+FDC1	279,50 €	195,65 €	83,85 €	410,50 €	690,00 €
Pose d'une prothèse plurale comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques ou en équivalents minéraux et un élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux ; – hors éléments céramocéramiques ; – éléments céramométalliques : uniquement pour incisives, canines et premières prémolaires	HBLD023	FDC3 + FDC3 + FDC3	279,50 €	195,65 €	83,85 €	845,50 €	1 125,00 €

Annexes

Acte ou traitement	Codes CCAM	Codes CMU-C transposés	Tarif de responsabilité	Part obligatoire (70%)	Part complémentaire CMU-C (30%)	Forfait CMU-C en sus du tarif de responsabilité	Prix maximum autorisé
Prothèses adjuvées							
Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 1 à 3 dents	HBLD131	FDA6 + FDA22	193,50 €	135,45 €	58,05 €	299,50 €	493,00 €
Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 4 dents	HBLD332	FDA7 + FDA22	204,25 €	142,98 €	61,28 €	444,75 €	649,00 €
Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 5 dents	HBLD452	FDA8 + FDA22	215,00 €	150,50 €	64,50 €	434,00 €	649,00 €
Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 6 dents	HBLD474	FDA9 + FDA22	225,75 €	158,03 €	67,73 €	423,25 €	649,00 €
Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 7 dents	HBLD075	FDA10 + FDA22	236,50 €	165,55 €	70,95 €	497,50 €	734,00 €
Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 8 dents	HBLD470	FDA11 + FDA22	247,25 €	173,08 €	74,18 €	486,75 €	734,00 €
Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 9 dents	HBLD101	FDA12	129,00 €	90,30 €	38,70 €	305,00 €	434,00 €
Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 9 dents	HBLD435	FDA12 + FDA22	258,00 €	180,60 €	77,40 €	476,00 €	734,00 €
Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 10 dents	HBLD138	FDA13	139,75 €	97,83 €	41,93 €	294,25 €	434,00 €
Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 10 dents	HBLD079	FDA13 + FDA22	268,75 €	188,13 €	80,63 €	465,25 €	734,00 €
Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 11 dents	HBLD083	FDA14	150,50 €	105,35 €	45,15 €	366,50 €	517,00 €
Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 11 dents	HBLD203	FDA14 + FDA22	279,50 €	195,65 €	83,85 €	537,50 €	817,00 €
Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 12 dents	HBLD370	FDA15	161,25 €	112,88 €	48,38 €	355,75 €	517,00 €
Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 12 dents	HBLD112	FDA15 + FDA22	290,25 €	203,18 €	87,08 €	526,75 €	817,00 €
Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 13 dents	HBLD349	FDA16	172,00 €	120,40 €	51,60 €	345,00 €	517,00 €
Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 13 dents	HBLD308	FDA16 + FDA22	301,00 €	210,70 €	90,30 €	516,00 €	817,00 €
Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à plaque base résine	HBLD031	FDA17	182,75 €	127,93 €	54,83 €	473,25 €	656,00 €
Pose d'une prothèse amovible définitive complète bimaxillaire à plaque base résine	HBLD035	FDA17*2	365,50 €	255,85 €	109,85 €	946,50 €	1 312,00 €
Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à châssis métallique	HBLD047	FDA17 + FDA22	311,75 €	218,23 €	93,53 €	544,25 €	956,00 €
Pose d'une prothèse amovible définitive complète bimaxillaire à châssis métallique	HBLD046	(FDA17 + FDA22)*2	623,50 €	436,45 €	187,05 €	1 288,50 €	1 812,00 €
Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à plaque base résine et d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à châssis métallique	HBLD048	FDA17*2 + FDA22	494,50 €	346,15 €	148,35 €	1 117,50 €	1 612,00 €
Supplément pour pose d'une dent contreplaquée sur une prothèse amovible à plaque base résine	YYYY176	FDA18	21,50 €	15,05 €	6,45 €	0,00 €	21,50 €
Supplément pour pose de 2 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	YYYY275	FDA18 × 2	43,00 €	30,10 €	12,90 €	0,00 €	43,00 €
Supplément pour pose de 3 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	YYYY246	FDA18 × 3	64,50 €	45,15 €	19,35 €	0,00 €	64,50 €
Supplément pour pose de 4 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	YYYY478	FDA18 × 4	86,00 €	60,20 €	25,80 €	0,00 €	86,00 €

www.cmu.fr
 Prises en charge des prothèses dentaires et traitements orthodontiques par le CMU-C et le contrat de sortie CMU-C
 Arrêté du 30/05/2006 modifié par l'arrêté du 28 mai 2014. Mis à jour le 2/06/2014

Annexes

Annexe 4 : Guide pratique du protocole dentaire MFP CNSD 2014

Extrait des principaux tarifs maximum

Il n'a pas été possible de se procurer les tarifs Santéclair ni en tant que praticien ni en temps qu'adhérent.

Code CCAM	Prothèse	Plafond d'honoraire en euros
HBLD 037	Couronne transitoire isolée	76,05
HBLD 038	Couronne métallique	405,60
HBLD 037+ HBLD 038	Couronne métallique couronne transitoire	456,30
HBLD 037+ HBLD 036	Couronne céramométallique couronne transitoire incluse	760,50
HBLD 037+ HBLD 036	Couronne céramocéramique couronne transitoire incluse	836,55
HBLD 033	Pose d'une prothèse plurale dentoportée définitive comportant deux piliers d'ancrages métalliques et un élément intermédiaire métallique	1150
HBLD 023 HBLD 040 HBLD 043	Pose d'une prothèse plurale dentoportée définitive comportant au moins un pilier d'ancrage ou un élément intermédiaire céramométallique ou en équivalent minéraux	2000

Annexes

Annexe 5 : Exemple de tarifs d'un centre dentaire Parisien⁸⁷⁰

		TARIFS DENTALYA	Base remboursement Assurance maladie	Remboursement 70 % Assurance maladie
Consultation				
Consultation - Bilan Global		23€	23€	16,10€
Prestations de soins conservateurs, chirurgicaux et de prévention les plus pratiqués				
acte 1 :	Détartrage 1 séance	28.92€	28.92€	20.24€
acte 2 :	Obturation carie 1 face	16.87€	16.87€	11.80€
acte 3 :	Obturation carie 2 faces	28.92€	28.92€	20.24€
acte 4 :	Traitement canaux molaires	81.94€	81.94€	57.35€
acte 5 :	Traitement canalaire incisive	33.74€	33.74€	23.61€
Traitements prothétiques les plus pratiqués				
acte 1 :	Inlay - core simple	200€	122.55€	85.79€
acte 2 :	Couronne céramique	390€	107.50€	75.25€
acte 3 :	Couronne métallique	250€	107.50€	75.25€
acte 4 :	Pose d'un implant dentaire	590 €	aucun remboursement	aucun remboursement
acte 5 :	Implant + pilier + couronne	1100 €	64.50€	45.15€
acte 6 :	Radiologie : Cône-Beam scanner 3D	60€	aucun remboursement	aucun remboursement

⁸⁷⁰ [<http://dentalya.net/wp-content/uploads/2013/09/tarifs-2014-1.pdf>], page consultée le 30 Sept. 2015.

TABLE DES MATIERES

Table des Matières

INTRODUCTION GENERALE.....	23
I. Données générales sur la profession	25
<i>Chapitre 1 Evolution d'une discipline médicale maintenant reconnue.....</i>	<i>25</i>
Section 1 Une filiation découlant du corps médical	25
Section 2 Une place encore trop souvent en marge	26
Section 3 Les particularismes économiques des soins dentaires.....	28
<i>Chapitre 2 L'état actuel et les perspectives de la profession</i>	<i>29</i>
Section 1 Une démographie inégale.....	30
Section 2 Des revenus très hétérogènes	33
Section 3 Une profession majoritairement libérale	35
Section 4 L'environnement administratif complexe.....	40
a) La multiplicité des administrations impliquées.....	40
b) Les instances ordinales.....	41
Section 5 La dentisterie modernisée	42
II. Généralités sur la rémunération des professionnels de santé.....	43
<i>Chapitre 1 Les honoraires, une appellation spécifique pour une prestation spécifique.....</i>	<i>43</i>
<i>Chapitre 2 Le modèle de référence: la rémunération des médecins</i>	<i>44</i>
Section 1 Le principe d'une rémunération.....	44
Section 2 Le paiement direct des honoraires.....	46
<i>Chapitre 3 L'abord de la rémunération.....</i>	<i>48</i>
Section 1 La perception réciproque du niveau de rémunération.....	49
Section 2 La fonction symbolique de l'argent.....	50
§1 L'approche historique des moyens de paiement.....	51
§2 L'approche psychologique et sociologique de l'argent	52
Section 3 Le paiement dans la relation de soin.....	56
§1 Le principe de non gratuité	57
§2 Un nouveau concept de patient : du co décideur au consommateur	57
A/ Le Co décideur.....	57
B/ Le Consommateur de soin	59
III. Une profession desservie par sa réputation.....	63
<i>Chapitre 1 L'image du dentiste</i>	<i>64</i>
Section 1 Une désagréable relation de soin.....	64
Section 2 Une délicate relation d'argent.....	67
Section 3 Les critères de choix d'un dentiste : Revue de littérature	69
<i>Chapitre 2 La profession tente de travailler son image.....</i>	<i>73</i>
PARTIE PREMIERE LA DETERMINATION DU CADRE JURIDIQUE.....	77
Titre Premier Le Cadre Textuel	80
<i>Chapitre 1 Les nomenclatures</i>	<i>80</i>
Section 1 L'intérêt de la mise en place d'une nouvelle nomenclature.....	80
Section 2 Les conventions d'exercice	84
Section 2 La qualification des actes en fonction de leur remboursement	88
§ 1 Les actes opposables	88
A/ Le principe.....	88
B/ La tolérance des dépassements.....	88
a) Les circonstances de l'acte médical	88
b) Le statut du médecin	89

Table des matières

§ 2 Les actes non opposables.....	90
§3 Les actes non remboursables.....	91
<i>Chapitre 2 La liberté tarifaire.....</i>	<i>93</i>
Section 1 La justification.....	93
§1 Le traitement de racine et son déficit.....	99
§2 La prothèse et son bénéfice.....	103
Section 2 La perception des dépassements d'honoraires.....	107
§1 L'avis du patient.....	107
§2 L'avis du praticien.....	108
<i>Chapitre 3 : La fixation du montant.....</i>	<i>110</i>
Section 1 L'évaluation de la valeur d'une prestation.....	110
§1 La vision du patient.....	110
§2 Un sujet tabou dans la littérature française.....	112
Section 2 Le Tact et la Mesure.....	115
§1 Données générales.....	115
§2 Appréciation et contrôle des instances ordinales.....	118
§3 Critères objectifs d'évaluation.....	120
A/ Le tarif opposable.....	121
B/ Les bases de remboursements des organismes complémentaires.....	122
C/ La prestation.....	124
D/ Le temps.....	126
a) Un élément objectif.....	126
b) Le temps perdu ?.....	127
D/ Le service rendu.....	130
E/ Les qualités intrinsèques du praticien.....	131
F/ Les qualités intrinsèques du patient.....	134
a) Le lien avec le patient.....	135
b) La situation financière.....	135
Titre Deuxième Le consentement du patient.....	137
<i>Chapitre 1 Le devis.....</i>	<i>137</i>
Section 1 Les fonctions du devis.....	138
§1 Un incontournable en cas de reste à charge.....	138
A/ L'information quantitative.....	139
B/ L'exigence d'antériorité.....	140
§2 Une preuve de l'information et du consentement.....	143
A/ Les limites de l'information.....	143
B/ Le caractère révocable du consentement.....	145
§3 Le délai de réflexion.....	146
§4 Cas particuliers.....	147
A/ L'interventions de correspondants.....	147
B/ La modification du devis en cours de soin.....	148
Section 2 Le contenu du devis.....	150
§1 La mention de l'origine de la prothèse.....	151
§2 La mention du prix d'achat de la prothèse.....	152
A/ Une demande des prothésistes.....	153
B/ Une demande par et pour les patients.....	158
<i>Chapitre 2 L'affichage des honoraires moyens.....</i>	<i>162</i>
Section 1 L'affichage au sein du cabinet.....	162
Section 2 L'information par l'Assurance Maladie.....	164
<i>Chapitre 3 L'insatisfaction du patient et la remise en cause du règlement.....</i>	<i>167</i>
Section 1 La rupture du contrat de soin en cours de traitement.....	167
Section 2 Le refus de régler une prestation insatisfaisante.....	169

Table des matières

Titre Troisième Les organismes financeurs	172
<i>Chapitre 1. L'assurance maladie obligatoire.....</i>	<i>173</i>
Section 1 L'affiliation à l'assurance maladie	173
§1 L'obligation d'affiliation.....	174
§2 La contestation de l'obligation d'affiliation.....	175
Section 2 Un système déficitaire en péril	181
Section 3 Le contrôle médical	184
§1 Le Principe	185
§2 Les griefs du contentieux.....	186
A/ La Fraude.....	186
B/ La Faute.....	187
C/ Les Abus	188
§3 La procédure de récupération de l'indu	190
A/ Le principe.....	190
B/ Une procédure très encadrée.....	191
C/ Les sanctions.....	193
a) Les sanctions pénales.....	193
b) Les sanctions administratives.....	195
§4 Un cumul des sanctions pour des même faits.	197
<i>Chapitre 2 La CMU.....</i>	<i>201</i>
Section 1 Le principe.....	201
Section 2 Les limites.....	202
§1 L'accès conditionné à un seuil de revenu.....	203
§2 Le plafonnement des honoraires et le panier de soin.	204
§4 L'interruption de prise en charge en cours de traitement	205
Section 3 La discrimination des bénéficiaires	206
§1 Les chiffres du refus de soin.....	206
§2 Les solutions apportées au refus de soin	210
§3 CMU et manœuvres frauduleuses.....	211
Section 4 L'amélioration du dispositif.....	213
<i>Chapitre 3. L'assurance maladie complémentaire.....</i>	<i>214</i>
Section 1 Les caractéristiques de l'AMC.....	215
§1 La place dans le système de remboursement.....	215
§2 Le marché de l'assurance maladie complémentaire	216
A/ Des techniques marketing actives.....	219
B/ La mobilité des assurés d'une compagnie à une autre.....	226
Section 2 Apport des organismes complémentaires dans l'accès aux soins.....	227
§1 Une amélioration indéniable	227
§2 L'Accès à une complémentaire pour tous ?	229
A/ L'Aide à la Complémentaire Santé	230
B/ La loi sur la sécurisation de l'emploi et la complémentaire pour tous	231
SECONDE PARTIE L'ADAPTATION AU NOUVEAU CADRE JURIDIQUE	235
Titre Premier L'adaptation du cabinet	237
<i>Chapitre 1 La gestion traditionnelle.....</i>	<i>242</i>
Section 1 L'optimisation raisonnable de la rentabilité	242
§1 La mutation des modes d'exercice	244
A/ Mutualiser les moyens.....	245
B/ Le choix d'une forme sociétaire et le contrôle ordinal.....	250
Section 2 Des investissements coûteux.....	255
§1 La masse salariale, un impératif.....	256
§2 Les investissements en matériel	258
§3 La TVA, prochaine valeur ajoutée d'un traitement dentaire?	260
§4 Les charges et la rémunération du praticien	264

Table des matières

Section 3 La difficile valorisation de la qualité de ses soins	268
§1 La trop rare présence du critère qualité.....	270
§2 Le <i>coaching</i> : une solution ?.....	271
A/ Les limites	271
B/ Le coaching toléré.....	273
§2 La rentabilité au quotidien	273
A/ Le dépassement sur l'acte opposable.	274
B/ L'acte fait à perte.....	274
C/ Le transfert de charge vers un autre acte.	274
<i>Chapitre 2 La tentation de la rentabilité à outrance.....</i>	<i>277</i>
Section 1 Modifier sa pratique et sa patientèle.....	277
§1 Une influence sur l'option thérapeutique	277
§2 La création d'un problème.....	279
A/ Des mutilations volontaires très lucratives	279
B/ La confraternité... ou la complicité ?.....	281
§3 La sélection de patients « rentables ».....	282
Section 2 Augmenter frauduleusement les recettes	284
§1 Optimiser l'application de la nomenclature.....	284
A/ Le détartage, meilleur acte fictif.....	284
B/ Une nomenclature pourtant réputée sans équivoque possible	285
§2 La faute ou fraude avérée et le recours aux actes abusifs.....	286
§3 Des « arrangements » laissant les patients perplexes.....	289
Section 3 Augmenter ses charges pour en diminuer le bénéfice	289
§1 L'abus de bien social pour les formes sociétaires.	290
§2 Les praticiens en nom propre et le contrôle fiscal	291
§3 L'abus de bien social et les sanctions disciplinaires.....	295
<i>Chapitre 3 Influence de la concurrence sur le niveau des honoraires.....</i>	<i>299</i>
Section 1 L'offre et la demande.....	299
§1 Rappels sur le droit de la concurrence et marché de la santé.	300
§2 Le droit de la concurrence et les professions libérales	301
§3 Le prix, seul élément de concurrence ?.....	303
A/ Les soins opposables.....	303
B/ Les critères de concurrence des patients.....	304
a) Le prix	304
b) La qualité des soins.....	304
c) Les qualités relationnelles du praticien et l'environnement de travail	305
§4 La mise en œuvre de la concurrence.....	305
A/ L'imposition de prix maxima et minima.	306
B/ Une réelle entente sur les prix ?.....	307
Section 2 La concurrence des prothésistes.....	309
§1 La confirmation du monopole de la vente de prothèse	309
§2 Le nettoyage des prothèse	311
Titre Deuxième	314
L'adaptation des financeurs.....	314
<i>Chapitre 1 Le désengagement de l'assurance maladie obligatoire.....</i>	<i>314</i>
Section 1 La faible participation aux remboursements des soins.....	314
Section 2 La procédure de tiers payant, vers une généralisation de son usage.	317
§1 A l'origine : une application limitée.....	318
§2 Des essais de généralisation	320
§3 Problématique du tiers payant en dentisterie	321
Section 3 L'encadrement des dépassements : une réforme poussive	323
<i>Chapitre 2 La fin du rôle de payeur aveugle des AMC.....</i>	<i>328</i>
Section 1 Le nouveau rôle de conseiller payeur.....	330
§1 Les formes du conseil.....	330

Table des matières

A/ Les plates-formes téléphoniques.....	330
B/ Le praticien « consultant ».....	331
§2 Une activité de conseil en question.....	332
§3 Des contrats complémentaires « responsables ».....	332
Section 2 Le réseau de santé, pierre angulaire du système	335
§1 Une réponse aux attentes des consommateurs.....	335
§2 Les réseaux ouverts et fermés.....	336
§3 Une mise en place généralisée à tous les organismes débattue.....	337
§4 Intérêts supposés du réseau	339
A/ Pour le patient.....	339
B/ Pour le praticien.....	341
C/ Information ou détournement de patientèle ?.....	342
§5 Le boycott Ordinal	347
Titre Troisième L'adaptation de la patientèle.....	352
<i>Chapitre 1 Du renoncement aux soins à la négociation des honoraires.....</i>	<i>355</i>
Section 1 S'adapter aux moyens financiers ?	355
Section 2 Renoncer ou négocier ?	358
§1 Les facteurs accentuant le renoncement.....	360
§2 Discussion critique du taux de renoncement.....	362
§3 La réduction du reste à charge.....	364
§4 Le patient gestionnaire.....	364
A/ La pratique du courtage.....	365
B/ L'information sur la qualité.....	367
§5 La qualité des soins	367
A/ Les instances réputées garantes	368
B/ Un contrôle impossible ?	370
<i>Chapitre 2 Le règlement des soins.....</i>	<i>374</i>
Section 1 L'acompte.....	374
Section 2 Le règlement en espèce.....	376
Section 3 Le chèque	377
§1 Le chèque, « dépôt de garantie »	378
§2 L'impossibilité d'encaissement.....	379
A/ L'opposition.....	378
B/ Le chèque sans provision	381
Section 4 Le règlement échelonné.....	383
§1 Le règlement en plusieurs chèques	384
§2 Le paiement différé par carte bancaire	385
§3 Les sociétés de crédit	385
<i>Chapitre 3 Une nouvelle offre de soin.....</i>	<i>389</i>
Section 1 Le rôle d'internet	389
Section 2 Les centres de soins.....	391
§1 Les différents types	391
§2 Les spécificités	393
§3 Les objectifs de gestion diverses.....	394
§4 Le prix, élément central du <i>marketing</i>	396
§5 Les critiques de la profession.....	399
A/ Un objectif mercantile sous couvert d'altruisme ?.....	399
B/ L'information ou la publicité ?	404
Section 3 Le tourisme dentaire	407
§1 Un phénomène minoritaire	408
§2 Le patient face au droit communautaire	411
A/ Le soin à l'étranger sous condition	412
B/ La prise en charge par les organismes d'assurance maladie.....	414
§3 Les destinations et leurs aléas	419
A/ Les agences de tourisme dentaire.....	421

Table des matières

B/ Les écueils du tourisme dentaire.....	423
CONCLUSION GENERALE.....	427
Synthèse des Principales Recommandations	437
Table des Illustrations	441
Glossaire.....	443
Bibliographie.....	447
Index Alphabétique.....	479
Annexes	481
TABLE DES MATIERES	489

Résumé

Les chirurgiens-dentistes résumant à eux seuls les difficultés de concilier argent et santé. Une réputation peu propice aux sourires, des ancêtres arracheurs de dents et le mythe du praticien voleur rendent complexe la relation de soin. Pourtant la profession s'est largement modernisée pour s'échapper de son image. Les nouvelles techniques, la meilleure prise en charge physique et psychique du patient tentent de réconcilier le grand public avec l'art dentaire. Parallèlement les plateaux techniques s'alourdissent, le taux de charge augmente, les honoraires progressent et le reste à charge des patients s'élève toujours plus, rappelant que la santé à un prix, surtout lorsqu'il s'agit de santé bucco-dentaire. Il convient de s'interroger sur les paramètres influant sur ces honoraires et sur les raisons d'une telle polémique. Il faut premièrement préciser la justification des actes à honoraire libre. A l'origine, il s'agit d'une possibilité de compensation financière pour des actes de soins dont les tarifs fixés par la convention sont très bas. Cependant cette possibilité de compensation s'amenuise. Le tact et la mesure, maître mot de la détermination des honoraires ne suffit plus. Si l'Etat n'encadre pas directement les honoraires, les organismes complémentaires prennent de plus en plus de place dans l'échiquier des soins et mettent en place des réseaux de soins. Parallèlement les patients modifient leur comportement, en renonçant, reportant ou en choisissant des structures de soins dont l'offre est moins coûteuse, en France ou à l'étranger, ce qui pose de nouvelles questions médicales et juridiques.

Summary

Dental surgeons are a good example of the difficulty that health professionals face when trying to reconcile healthcare and money making. Their reputation doesn't put a smile on anyone's face: The fact that their ancestors used to pull teeth out without anesthetics or the popular sayings that dentists are overpriced make the 'patient to healthcare provider' relationship complicated. Nevertheless, the profession widely modernized itself to modify this picture: new techniques, better physical and psychological care are leverages that should help change people's mind. But in the meantime, more and more technical capacity is needed, expenditures rise as well as fees and ultimately patient's co-pay, reminding us that healthcare comes with a cost, especially within dentistry. The question of the parameters that influence dentistry fees and the resulting controversial debate is therefore a major issue to discuss. Also, the reason of the existence of the non-fixed fee system has to be recalled, since originally it was set up to compensate for care acts with very low fixed fee. However, with time, this compensation is getting less efficient and the 'tact and moderation' motto that should rule fees determination is not working anymore. Because the state doesn't apply a new legal frame on fees determination, private health insurance companies are taking more and more space in our healthcare system with, for instance, the creation of healthcare provider networks. On the patients' side, a growing number of people change their behavior towards dentistry by canceling or postponing cares or by choosing cheaper healthcare providers in France or abroad, which raises new legal and medical questions.

Discipline : Droit Privé et Sciences Criminelles

Mots clés : Chirurgiens-dentistes, Honoraires, Tact et Mesure, Dépassements d'honoraires, Prise en charge des soins.

Faculté de Droit, Sciences Economiques et Gestion - 13, place Carnot – 54035 Nancy Cedex
Ecole doctorale Sciences Juridiques, Politiques, Economiques et Gestion (SJPEG)
Institut François Génys – Institut de sciences criminelles et de droit médical – IFG- ISCRIMED EA 7301

Direction scientifique principale : Ministère DS7 Sciences de la Société.